

**Note technique No 39-F**

**STRUCTURE PROPOSEE DE PAIEMENTS  
ET DE PRIX POUR UN PROGRAMME  
NATIONAL DE RECOUVREMENT DES COUTS  
A L'INTENTION DES SERVICES DE SANTE  
EN REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE**

**Présentée à  
La Division de la Réforme des politiques et secteurs  
Office de la Santé et de la Nutrition  
Centre pour la Population, la Santé et la Nutrition  
Bureau des Programmes mondiaux, du soutien de terrain et de la recherche  
Agence pour le Développement international**

**Par  
CHARLOTTE LEIGHTON, Ph.D.  
Abt Associates Inc.**

**Octobre 1994**

**HEALTH FINANCING AND SUSTAINABILITY (HFS) PROJECT  
(Projet financement et pérennisation des soins de santé)**

**ABT ASSOCIATES INC., Maître d'oeuvre  
4800 Montgomery Lane, Suite 600  
Bethesda, MD 20814 USA  
Tel: (301) 913-0500 Fax: (301) 652-3916**

**Management Sciences for Health (MSH), Sous-traitant  
The Urban Institute (UI), Sous-traitant**

**AID Contract No. DPE-5974-Z-00-9026-00**

## ABREGE

La présente étude décrit une structure proposée de paiements et de tarifs pour les services et les médicaments, tant pour les consultations externes que les hospitalisations, pour un programme de recouvrement des coûts à l'échelle nationale en République centrafricaine (RCA). L'étude a été préparée à la demande du Ministère de la Santé et de la Population (MSP). L'analyse des diverses options de paiements se concentre sur leurs conséquences sur le revenu des ménages et sur le type d'activités et d'améliorations pouvant être financées avec ces recettes.

La structure de paiements proposée demanderait aux patients de payer un montant forfaitaire quotidien pour les services hospitaliers, suivant le type de chambre, éliminant à deux exceptions près (petite chirurgie en consultations externes et accouchements) les paiements séparés pour les procédures médicales. Elle introduirait un paiement pour les consultations externes et les médicaments. L'étude recommande que les recettes provenant des paiements soient gardées par les formations sanitaires et que le MSP demande qu'elles soient utilisées pour 1) le réapprovisionnement en médicaments et le soutien au système de distribution et de stock de médicaments et 2) le paiement des améliorations portées à la qualité.

# TABLE DES MATIERES

LISTE DES FIGURES .....	v
LISTE DES SIGLES .....	vi
REMERCIEMENTS .....	vii
AVANT-PROPOS .....	viii
RESUME ANALYTIQUE .....	ix
1.0 INTRODUCTION .....	1
2.0 VUE GENERALE .....	3
3.0 CRITERES POUR LE RECOUVREMENT DES COUTS .....	5
4.0 STRUCTURE PROPOSEE DE PAIEMENTS .....	7
4.1 Médicaments .....	7
4.2 Consultations externes .....	10
4.3 Services hospitaliers .....	10
4.4 Discussion générale et bien-fondé .....	11
5.0 UTILISATION DES RECETTES PROVENANT DES PAIEMENTS .....	13
5.1 Discussion générale et bien-fondé .....	13
6.0 IMPACT DE LA PROPOSITION .....	17
6.1 Bases de données .....	17
6.2 Capacité et volonté de payer des ménages .....	17
6.2.1 Maladies soignées en consultations externes .....	18
6.2.2 Soins hospitaliers .....	21
6.2.3 Total des coûts annuels pour les ménages .....	21
6.2.4 Impact sur la capacité de payer .....	23
6.3 Relation entre recettes et coûts et améliorations de la qualité .....	25
6.3.1 Formations sanitaires à l'extérieur de Bangui .....	25
6.3.2 Hôpitaux de Bangui .....	27
6.3.3 Impact sur les recettes et les améliorations de la qualité .....	27
7.0 COMPARAISON ENTRE LA STRUCTURE PROPOSEE DE FRAIS HOSPITALIERS ET LE SYSTEME ACTUEL .....	29
8.0 SYSTEME D'EXONERATIONS ET SUBVENTIONS .....	31
8.1 Indigents .....	31
8.2 Subventions .....	31
9.0 PLAN DE MISE EN ŒUVRE .....	33

ANNEXE A	Structure proposée de paiements et de prix .....	35
ANNEXE B	Modifications à la structure de paiements proposée .....	47
ANNEXE C	Décret présidentiel réglementant les tarifs de services fournis par les établissements publics de santé en République centrafricaine .....	59

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau A.1	Structure proposée de services payants et prix : option paiements faibles .....	37
Tableau A.2	Structure proposée de services payants et prix : option paiements élevés .....	38
Tableau A.3	Impact total, à titre d'exemple, des paiements proposés sur les dépenses sanitaires annuelles des ménages et revenus des ménages à différents niveaux de revenus : option paiements faibles .....	39
Tableau A.4	Impact total, à titre d'exemple, des paiements proposés sur les dépenses sanitaires annuelles des ménages et revenus des ménages à différents niveaux de revenus : option paiements élevés .....	40
Tableau A.5	Comparaison des coûts des ménages pour un séjour hospitalier typique à Bangui dans le cadre du Décret 91 et aux termes de la structure de paiements proposée .....	41
Tableau A.6	Utilisation à titre d'exemple du total des recettes annuelles provenant des paiements pour les dépenses de fonctionnement dans les hôpitaux, les centres de santé et les postes de santé à l'extérieur de Bangui : option paiements faibles .....	42
Tableau A.7	Utilisation à titre d'exemple du total des recettes annuelles provenant des paiements pour les dépenses de fonctionnement dans les hôpitaux, les centres de santé et les postes de santé à l'extérieur de Bangui : option paiements élevés .....	43-44
Tableau A.8	Paiements et recettes annuels estimés dans les hôpitaux de Bangui dans le cadre des options paiements faibles et paiements élevés : exemple CNHUB .....	45
Tableau A.9	Utilisation à titre d'exemple des recettes annuelles provenant des paiements pour les dépenses de fonctionnement dans les hôpitaux de Bangui : exemple du CNHUB dans le cadre des options paiements faibles et paiements élevés .....	46

## LISTE DES FIGURES

Figure 4.1	Paiements proposés : Option faible pour hôpitaux à extérieur de Bangui et centres de santé (CFAF) .....	8
Figure 4.2	Composantes de la structure de paiements des médicaments et utilisation des recettes des ventes de médicaments .....	9
Figure 5.1	Utilisation des recettes des paiements .....	14
Figure 6.1	Dépenses moyennes d'un ménage pour un épisode de maladie (consultations externes) par revenu, quintile et résidence en RCA .....	19
Figure 6.2	Dépenses actuelles et acceptation de payer des ménages pour les consultations externes, les médicaments et les améliorations de la qualité en RCA .....	20
Figure 6.3	Impact des paiements proposés : option faible .....	22
Figure 6.4	Utilisation des recettes annuelles des paiements : option faible paiements .....	24

## LISTE DES SIGLES

FCFA	Franc de la communauté financière africaine
RCA	République centrafricaine
CNHUB	Centre hospitalier universitaire de Bangui
HFS	Projet de financement et de pérennisation de la santé
MS	Ministère de la Santé et de la Population
MST	Maladies sexuellement transmissibles
PEV	Programme élargi de vaccinations
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international

## REMERCIEMENTS

La structure proposée de paiements et de prix dans cette étude est le résultat des efforts déployés par un grand nombre de personnes concernant l'élaboration de la politique du financement sanitaire en RCA tout au long du Projet HFS. Le Docteur Charlotte Leighton, économiste senior de la santé, Abt Associates, est le principal auteur de ce document et c'est également elle qui a dirigé les analyses qui ont étayé l'étude. Monsieur Yann Derriennic, consultant de HFS en matière de financement et de gestion de la santé, a mis au point la structure de la politique des prix des médicaments et, de pair avec le Docteur Mark Wenner, économiste d'Abt, a effectué les calculs et les estimations des recettes et de l'impact sur les ménages. Monsieur Greg Becker, conseiller de HFS en administration hospitalière, a apporté son concours à l'analyse du système actuel de frais hospitaliers. Le Docteur Marty Makinen, directeur technique de HFS, a contribué à la conception générale de la structure des paiements. Tout au long du travail de HFS avec le Ministère, de nombreux représentants officiels du Ministère de la Santé en RCA ont conçu certains aspects du recouvrement des coûts qui est déjà en vigueur. Ces personnes ont apporté des idées qu'incorpore la présente étude.

## AVANT-PROPOS

La présente étude fait partie d'une série de rapports réalisés par le Projet Financement et Pérennisation de la Santé (HFS). HFS est une initiative quinquennale financée par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID). Le projet a pour mission de fournir une assistance technique, de faire des recherches appliquées, de dispenser des formations et de diffuser des informations sur le financement des soins de santé sur l'ensemble du monde en développement. Le projet cherche à influencer les changements au niveau des politiques en faisant progresser l'état des connaissances, en testant et en améliorant les méthodes de prestation, de financement et de gestion, en renforçant la capacité institutionnelle et en valorisant les compétences techniques. A ce jour, HFS a participé à des activités de financement des soins de santé dans plus de 30 pays en développement dans le monde entier.

Le Projet HFS fournit depuis 1990 une assistance technique à court et à long terme au Ministère de la Santé et de la Population (MSP) de la République centrafricaine (RCA) pour formuler et réaliser des analyses connexes d'une politique nationale de recouvrement des coûts pour les services de santé. Lors d'une mission de HFS en RCA en novembre et décembre 1993, le MSP a demandé à HFS de proposer une structure intégrale de paiements et de prix pour les consultations externes et les soins hospitaliers qui sera adoptée par les formations sanitaires du MSP sur l'ensemble du pays. La résolution des questions de politiques liées à la structure de paiements et de prix représentait l'étape finale nécessaire pour élaborer les réglementations d'application pour la loi de 1989 établissant une politique nationale de recouvrement des coûts pour les services sanitaires publics.

Aux fins d'apporter une assistance concernant ces questions finales de la réglementation, HFS a envoyé une équipe à Bangui pour préparer et participer à un atelier organisé de sorte à ce que des décisions soient prises sur la structure de paiements et les politiques d'application connexes. L'Annexe B comprend un récapitulatif des comptes-rendus de cet atelier qui s'est tenu du 5 au 9 avril 1994, y compris le débat, les décisions prises à propos de la proposition et les modifications portées à la proposition.

Plus tard en 1994, un Décret présidentiel a été promulgué autorisant la mise en oeuvre de la politique de recouvrement des coûts mise au point par le MSP qui a formulé un ensemble de réglementations d'exécution. La mise en oeuvre progressive du programme est prévue en 1995. La proposition de HFS et la proposition du MSP (et les modifications respectives) sont données en Annexe B. le texte du décret présidentiel est inclus en Annexe C.

## RESUME ANALYTIQUE

En 1993, le Ministère de la Santé et de la Population (MS) de la République centrafricaine (RCA) a demandé au Projet Financement et Pérennisation de la Santé (HFS) d'élaborer une proposition pour une structure de paiements et de prix pour les services et les médicaments des soins hospitaliers et des consultations externes pouvant être appliquée dans le cadre d'un programme national de recouvrement des coûts. Le présent document décrit la proposition de HFS, en donne le bien fondé et évalue son éventuel impact. Au départ, l'étude avait pour objet de servir de toile de fond à une discussion au sein d'un petit groupe d'experts du Ministère de la Santé et de la Population. Ce groupe a fait des commentaires et des révisions et ensuite a présenté la proposition devant une assemblée plus importante de représentants du MS et d'autres bureaux et ministères du gouvernement, de groupes non gouvernementaux et de bailleurs de fonds internationaux.

Le MS a établi certains principes de recouvrement des coûts en RCA lors de l'atelier de 1989 que HFS a cherché à suivre en élaborant la présente proposition :

- ▲ Equité pour les différents niveaux de revenus et les différentes régions du pays
- ▲ Accès aux soins (géographique et opérationnel)
- ▲ Ressources suffisantes pour améliorer la qualité
- ▲ Faisabilité administrative
- ▲ Efficience

En outre, le Ministère de la Santé a récemment insisté sur le fait que la structure des services payants et les barèmes de prix doivent représenter un équilibre entre 1) la capacité et la volonté de payer de la population et 2) les coûts liés à la prestation des services de santé. Par conséquent, le Projet HFS a concentré son analyse des différentes options de services payants sur l'évaluation de l'impact de chaque option sur le revenu des ménages et sur les activités et les améliorations dont les coûts pourraient être financés par des recettes provenant de chacune des options.

Etant donné que le Gouvernement et le Ministère de la Santé ont constamment maintenu que l'Etat continuerait à assumer la responsabilité du paiement des salaires des agents de santé, l'équipe HFS n'a pas conçu cette proposition de sorte à recouvrer tous les coûts renouvelables annuels du système sanitaire public. La proposition se concentre davantage sur le recouvrement des coûts renouvelables hors salaires, tout notamment les coûts des médicaments, d'autres fournitures médicales essentielles et d'autres améliorations de la qualité telles qu'un meilleur entretien des formations sanitaires et les incitations à une meilleure performance du personnel.

### STRUCTURE PROPOSEE DE PAIEMENTS

La structure proposée de paiements couvre les médicaments, les consultations externes et les soins hospitaliers. Le gros de l'étude discute des avantages du système proposé, tout notamment sa simplicité administrative, l'équité de son plan et sa capacité à répondre aux buts actuels stipulés par le recouvrement des coûts en RCA. Voici un récapitulatif de ses principales caractéristiques:

#### *Médicaments*

- ▲ Les patients payent le coût entier des médicaments des consultations externes et des hospitalisations à tous les niveaux du système de santé

#### *Consultations externes*

- ▲ Les patients payent pour les services de pharmacie ou versent des honoraires de consultation suivant le niveau de soins.

- ▲ En cas de petite chirurgie en consultations externes, les patients payent pour la chirurgie en consultations externes au lieu des honoraires de consultation.

### ***Soins hospitaliers***

- ▲ Les patients payent un prix forfaitaire quotidien qui varie suivant le type de chambre.
- ▲ Les patients payent également un montant supplémentaire pour les accouchements.

Le MSP a tout notamment demandé à HFS de proposer une autre option que la structure hospitalière "Lettre Clef" alors en vigueur aux termes du décret 91.065. L'option proposée ici éliminerait, à deux exceptions près (petite chirurgie en consultations externes et accouchements) les paiements séparés pour les procédures médicales et introduirait un paiement pour les médicaments.

## **PRIX**

La proposition suggère des prix dans le cadre d'options "paiements élevés" et "paiements faibles" pour ces médicaments et services aussi bien pour les soins hospitaliers que pour les consultations externes. En général, les prix proposés pour les services à divers niveaux du système de santé sont conçus de sorte à reconnaître les niveaux plus ou moins élevés de spécialisation au sein du personnel sanitaire et entre les hôpitaux de Bangui et les hôpitaux et aux centres de santé à l'extérieur de Bangui. En ce qui concerne les médicaments, les prix sont conçus de sorte à ce que chaque médicament ait son propre prix en fonction de son coût d'origine. Mais chacun de ces prix de médicaments spécifiques serait le même sur l'ensemble du pays. Par exemple, les patients paieraient le même prix pour la cloroquine dans toutes les formations sanitaires du Ministère de la Santé du pays, qu'il s'agisse d'un épisode de maladie nécessitant une hospitalisation ou pouvant être traité en consultations externes. Les prix de médicaments proposés ont été ajustés pour tenir compte de la dévaluation récente du franc CFA.

## **UTILISATION DES RECETTES DES PAIEMENTS**

La présente proposition recommande que les recettes des paiements soient gardées par les formations sanitaires et que le Ministère de la Santé demande aux formations sanitaires d'utiliser les recettes des paiements à deux fins. La priorité numéro un consiste à se réapprovisionner en médicaments et à soutenir le système de distribution et de stock de médicaments. Les recettes restantes devraient être utilisées pour payer pour les améliorations de qualité dans l'ordre prioritaire suivant :

- ▲ fournitures et équipement médicaux essentiels,
- ▲ incitations à la performance du personnel
- ▲ autres améliorations les plus liées à la qualité telle que perçues par les patients (par exemple, transport des équipes mobiles de vaccination ; entretien des locaux ; personnel devant assister à de brefs stages de formation)

## **IMPACT SUR LES MENAGES**

Les données présentées ici indiquent que les paiements proposés dans le cadre des options paiements élevés et paiements faibles entreraient dans la portée de la plupart des habitants, surtout les ménages à revenu intermédiaire et élevé. Le principal problème en ce qui concerne la capacité de payer ne se présenterait que pour les ménages à revenus les plus faibles, par exemple les ménages ayant un revenu annuel de 210 000 FCFA ou moins, et uniquement s'ils ont, pendant l'année, un épisode hospitalier en plus d'une série de consultations externes et d'une naissance. L'analyse de données de ce document indique que, même les ménages à plus faibles revenus pourraient se permettre une série de consultations externes, un accouchement et le coût de vaccins pour faire vacciner entièrement un enfant pendant une année.

En fait, l'impact financier qu'auraient sur les ménages à faibles revenus les maladies devant être traitées dans les consultations externes ou nécessitant une hospitalisation serait bien plus prononcé dans le cadre du système actuel qu'aux termes du système proposé. Les paiements dans le cadre de l'option faible proposée entraîneraient généralement des coûts plus faibles pour les ménages concernant les épisodes en consultations externes que la somme qu'ils dépensent actuellement surtout en ce qui concerne la chirurgie et la médecine générale.

## **IMPACT SUR LES RECETTES ET LES AMELIORATIONS DE LA QUALITE**

Les formations sanitaires mobiliseraient suffisamment de recettes dans le cadre des options paiements faibles et paiements élevés pour couvrir tous les coûts de médicaments et il leur resterait un solde pour améliorer les prestations de services et distribuer des primes à la performance du personnel. Dans le cadre des hypothèses d'utilisation modeste retenues ici, même l'option paiements faibles rapporterait des recettes permettant des améliorations sensibles comparé à la situation actuelle. Par exemple, l'analyse dans ce document montre que, une fois qu'on a tenu compte du réapprovisionnement en médicaments, les recettes dans le cadre des paiements proposés—même aux termes de l'option faible—dépasseraient le montant de 210 millions de FCFA que le budget du Ministère de la Santé a affecté aux dépenses de fonctionnement hors salaires du CNHUB en 1990, dernière année pendant laquelle l'hôpital était entièrement opérationnel.

L'exception possible étant les postes de santé desservant un petit nombre de clients. L'option paiements faibles risque de ne pas leur fournir des fonds suffisants pour procéder aux améliorations nécessaires et fournir des incitations au personnel. Le document discute des diverses options pour ces cas.

## **EXONERATIONS ET SUBVENTIONS**

Suivant les conseils donnés par un grand nombre de personnes interviewées par l'équipe HFS en novembre et en décembre 1993, la présente proposition recommande qu'aucune mesure complémentaire ne soit prise par le Ministère de la Santé au niveau central pour mettre en place un système officiel d'exonérations. Les communautés locales peuvent continuer à s'occuper des indigents de manière informelle lorsque le cas se présente. Le système actuel d'assistance sociale peut continuer à prendre en charge les coûts d'hospitalisation pour les personnes étant vraiment dans le besoin. Dans tous les cas, les frais devraient être payés à l'établissement sanitaire au nom de l'indigent—que ce soit par la communauté locale, par un ami ou un voisin, ou par la collectivité locale apportant une assistance sociale.

Après avoir évalué le fonctionnement du système proposé pendant sa première année, le MS pourrait fournir de nouveaux critères pour les cas d'"indigence médicale" en fonction d'options dont discutera le groupe de travail. Le MS pourrait également mettre sur pied un système de suivi pour un système plus officiel d'exonérations pour les hospitalisations.

La présente proposition recommande d'éliminer ou de diminuer les subventions actuelles pour les fonctionnaires vu que ce groupe est parmi ceux qui sont le plus capables de payer pour les soins de santé. L'analyse de données dans ce document a montré qu'ils sont non seulement plus en mesure de payer pour les consultations externes et les médicaments, mais également pour les hospitalisations vu que cela n'arrive pas chaque année. De plus, les fonds économisés en diminuant cette subvention pourraient être utilisés pour apporter une assistance aux indigents.

## **PLAN DE MISE EN ŒUVRE**

La présente proposition a soulevé plusieurs questions sur le plan de la mise en œuvre, notamment 1) la nécessité de toute première urgence d'avoir un système d'achat et de distribution de médicaments en place au moment où on met sur pied le nouveau système de recouvrement des coûts, 2) la nécessité de se donner un moyen d'identifier les coûts des améliorations de qualité souhaitées dans les formations sanitaires, 3) les futurs plans pour un système limité d'exonération, 4) un système de suivi de l'impact du système de recouvrement

des coûts et 5) la nécessité de payer régulièrement les salaires des agents de santé. En outre, le groupe de travail devra discuter des plans visant à informer les agents de santé et le public sur le nouveau système.

Le groupe de travail devra également discuter des étapes de la mise en œuvre et des domaines où il faudrait permettre une marge de manœuvre au niveau local par rapport aux normes nationales qui seraient fixées dans le cadre du système national de recouvrement des coûts. Le plan de mise en œuvre progressive devrait tenir compte du fait que les paiements adoptés peuvent et devraient être évalués et, le cas échéant, modifiés après la première année de fonctionnement.

## 1.0 INTRODUCTION

Le but du présent document est de servir de toile de fond aux membres d'un petit groupe de travail composé de responsables du Ministère de la Santé et d'autres experts du gouvernement qui ont de l'expérience en ce qui concerne le recouvrement des coûts des services de santé en RCA. Le groupe de travail se rencontrera pour faire des recommandations pour les réglementations finales pour mettre en place un plan complet de recouvrement des coûts à l'échelle nationale pour les services de santé du Ministère de la Santé. Les recommandations du groupe de travail concerneront :

- ▲ une structure proposée de paiements à tous les niveaux du système ;
- ▲ les prix pour chacun des types de services payants proposés ;
- ▲ l'utilisation des recettes recouvrées à partir des paiements ; et
- ▲ l'octroi budgétaire du Ministère de la Santé.

En outre, le groupe de travail identifiera les principaux volets de la mise en œuvre progressive du nouveau plan qui commencera en juin 1994. Les recommandations en ce domaine concerneront :

- ▲ les actions nécessaires pour rendre opérationnelle la politique de recouvrement des coûts sur l'ensemble du pays ; et
- ▲ les ministères ou les bureaux responsables de l'exécution des principales activités.

Le groupe de travail fera ses recommandations lors d'un atelier plus large qui sera réalisé sous la direction du Ministère de la Santé et qui comprendra des représentants d'autres ministères et bureaux publics et des bailleurs de fonds internationaux. La réunion avec le groupe plus large a pour objet de discuter des recommandations et d'arriver à un consensus sur la recommandation finale qui sera faite au Ministère de la Santé.

Le présent document est un récapitulatif introduisant la structure proposée des tarifs et prix, son bien-fondé et son impact probable. Il comprend des données récapitulatives et des explications sous forme graphique et des tableaux supplémentaires (voir Annexe A). Des discussions et des explications plus détaillées de la proposition seront données lors de l'atelier.

## 2.0 VUE GENERALE

Le Projet HFS fournit depuis 1990 une assistance technique à long et à court terme au Ministère de la Santé portant sur l'élaboration et les analyses connexes d'une politique nationale de recouvrement des coûts. Lors d'une mission de HFS en RCA en novembre et décembre 1993, le Ministère de la Santé a demandé au Projet HFS d'élaborer la structure proposée de paiements et de prix pour les consultations externes et les soins hospitaliers qui sera appliquée dans toutes les formations sanitaires publiques du pays. Des hauts responsables du Ministère de la Santé tenaient à discuter de la proposition lors d'un atelier au cours duquel des décisions finales seraient prises concernant le recouvrement des coûts et qui se tiendrait avant la grande réunion de bailleurs de fonds prévue au printemps 1994. Prévoir de la sorte l'atelier permettrait au Ministère de la Santé de répondre aux conditions posées par plusieurs bailleurs de fonds qui encourageaient le Ministère de la Santé à mettre en œuvre à l'échelle nationale sa politique de recouvrement des coûts.

Le Gouvernement de la RCA et le Ministère de la Santé ont pris un grand nombre des décisions fondamentales au niveau politiques concernant le recouvrement des coûts des services de santé. Grâce à l'adoption d'une loi en 1989 et à plusieurs décrets généraux votés par la suite, ils ont établi un principe de partage des coûts entre le gouvernement et la population. Ce principe veut que le gouvernement prenne à sa charge les salaires des agents de santé et une partie des dépenses de fonctionnement et que la population assume les dépenses de fonctionnement restantes surtout pour les médicaments par le biais d'un système de services payants. En outre, le Gouvernement a accordé une autonomie financière partielle aux hôpitaux de Bangui permettant aux formations sanitaires de garder les recettes provenant des services payants et de les utiliser pour assumer leurs propres dépenses de fonctionnement. Les mesures réglementaires finales nécessaires pour conférer cette autonomie financière partielle à d'autres formations sanitaires sont sur le point d'être prises.

En outre, il existe un consensus selon lequel la gestion du recouvrement des paiements et les décisions concernant l'utilisation des recettes se fera à l'aide d'un certain niveau de participation communautaire. Il existe également un consensus voulant qu'on établisse un système donné en vue de fournir aux agents de santé des incitations à la performance, payées à partir des recettes des services payants.

Deux grands hôpitaux de référence à Bangui sont déjà en train de mettre en œuvre le recouvrement des coûts conformément aux stipulations de la loi de 1989 et des décrets subséquents. A l'extérieur de Bangui, certaines formations sanitaires du Ministère de la Santé font également payer pour certains services ou médicaments suivant divers systèmes et barèmes soit dans le cas d'un "projet", soit sous la direction d'autorités générales.

Le Ministère de la Santé est en train d'étudier les arrêtés finaux qui fourniraient les directives nationales spécifiques pour mettre en œuvre le recouvrement des coûts à tous les niveaux du système de santé publique de l'ensemble du pays. Ces arrêtés finaux fourniraient des directives à tous les niveaux du système national de santé publique quant aux montants qui seraient demandés pour tel ou tel type de service et à la manière dont les recettes seraient gérées et utilisées.

Le Ministère de la Santé est arrivé à un consensus quant au fait de faire payer pour les médicaments dans le cadre des consultations externes dans les centres et postes de santé à l'extérieur de Bangui mais il est moins certain quant à l'éventuel paiement pour les consultations externes proprement dites. La structure des paiements hospitaliers et les niveaux de prix pour les médicaments, les consultations, les séjours hospitaliers ainsi que les procédures médicales ont présenté un cas particulièrement difficile. Le Ministère de la Santé tient à élaborer une structure de frais hospitaliers et des barèmes de prix pouvant se justifier sur la base des coûts hospitaliers et de la capacité de payer au sein de la population. Le Ministère de la Santé tient également à ce que la structure de frais hospitaliers fournisse des incitations à la performance du personnel et, le cas échéant, tienne compte des différences entre les hôpitaux de référence de Bangui et les hôpitaux aux niveaux régional et préfectoral.

La principale préoccupation du Ministère face à la proposition qu'il a envisagée ces dernières années est qu'elle ne se fonde pas sur les coûts de services, qu'elle propose des prix qui, à son avis, n'entrent pas dans la portée financière de la population et qu'elle ne tient probablement pas suffisamment compte des différents niveaux de revenus des patients.

Aussi, le Ministère de la Santé a-t-il pour priorités concernant le recouvrement des coûts de résoudre les questions concernant les systèmes de services payants et les montants tout notamment au niveau hospitalier ; de publier les arrêtés pour mettre en vigueur les services payants à tous les niveaux du système sanitaire et de commencer la mise en œuvre. Le plan que le Ministère de la Santé a adopté en décembre 1993 pour la période couvrant janvier à juin 1994 stipule la réalisation d'un atelier pour prendre les décisions concernant les questions de services payants et pour élaborer un plan de mise en œuvre dans le but de commencer l'application en juin 1994.

### 3.0 CRITERES POUR LE RECOUVREMENT DES COUTS

L'équipe HFS a conçu sa proposition en vue de répondre à plusieurs critères que le Ministère de la Santé a établis pour son programme national de recouvrement des coûts. Lors d'un atelier sur les politiques du financement sanitaire tenu en 1989, le Ministère de la Santé a identifié plusieurs critères clés auxquels devait se conformer à un programme national de recouvrement des coûts. Le programme devrait encourager ou garantir les éléments suivants :

- ▲ Equité pour les différents niveaux de revenus et les différentes régions du pays;
- ▲ Accès aux soins (géographique et opérationnel);
- ▲ Ressources suffisantes pour améliorer la qualité;
- ▲ Faisabilité administrative;
- ▲ Efficience.

En outre, le Ministère de la Santé a récemment insisté sur le fait que la structure des services payants et les barèmes de prix doivent représenter un équilibre entre 1) la capacité et la volonté de payer de la population et 2) les coûts liés à la prestation des services de santé. Par conséquent, le projet HFS a concentré son analyse des différentes options de services payants sur l'évaluation de l'impact de chaque option sur le revenu des ménages et sur les activités et améliorations dont les coûts pourraient être financés par des recettes provenant de chacune des options.

Il est important de noter que, vu que le Gouvernement et le Ministère de la Santé ont constamment indiqué que l'Etat continuerait à assumer la responsabilité du paiement des salaires des agents de santé, la présente proposition n'applique pas un critère de recouvrement de tous les coûts renouvelables annuels du système sanitaire public. La proposition se concentre sur le recouvrement des seuls coûts renouvelables hors salaires, tout notamment le coûts des médicaments, d'autres fournitures médicales essentielles et d'autres améliorations de la qualité telles qu'un meilleur entretien des formations sanitaires et les incitations à une meilleure performance du personnel.

## 4.0 STRUCTURE PROPOSEE DE PAIEMENTS

La structure proposée de paiements stipule que les patients payent une partie de tous les services (consultations externes et soins hospitaliers) et les médicaments à tous les niveaux du système sanitaire. La **Figure 4.1** esquisse le système proposé. La proposition comprend des options de paiement "élevés" et de paiements "faibles" pour les prix spécifiques de ces services et médicaments de sorte à ce que les participants de l'atelier du Ministère de la Santé puissent évaluer l'impact des différents niveaux de prix par rapport à leurs buts en ce qui concerne le recouvrement des coûts. Des niveaux intermédiaires de ces barèmes peuvent être trouvés facilement aux fins de discussion. Les **Tableaux A1 et A2 en Annexe A** présentent les options de prix élevés et faibles dans le cadre de la structure proposée. Les paragraphes qui suivent décrivent brièvement la structure proposée et son bien-fondé suivis d'une évaluation de l'impact des niveaux de prix élevés et faibles.

### 4.1 MEDICAMENTS

Les patients payent le coût entier des médicaments des consultations externes et des hospitalisations à tous les niveaux du système de santé
--

A tous les niveaux du système, les patients paieraient pour les médicaments (y compris les vaccins), à un prix qui recouvre le coût intégral du système d'achat et de distribution des médicaments—c'est-à-dire le coût du réapprovisionnement en médicaments, les frais de douane, les transports pour la distribution, le fonctionnement du système de réapprovisionnement et de stock—et une petite marge complémentaire servant à une utilisation propre de la formation sanitaire. La **Figure 4.2** montre comment ces prix seraient fixés et comment les recettes des ventes de médicaments seraient utilisées pour les coûts de réapprovisionnement.

La présente proposition recommande que les vaccins soient traités de la même manière que tous les autres produits pharmaceutiques. Les patients paieraient pour les vaccins et le prix serait calculé sur la même base que pour les autres frais de médicaments. De même, des paiements seraient demandés pour des médicaments nécessaires pour traiter des problèmes de santé hautement prioritaires tels que le paludisme ou les MST. De récentes enquêtes faites auprès de ménages de la RCA ainsi que d'autres ménages en Afrique ont montré que la population était tout à fait prête à payer pour ces médicaments et pour les vaccinations.

Aux fins d'uniformité et de simplicité et en fonction de la capacité de payer de la population, cette proposition inclut le paiement des vaccinations aux frais de médicaments plutôt que de les traiter comme un paiement séparé en vue de couvrir divers coûts de vaccinations. Dans les grands volets des coûts de vaccinations, le coût des vaccins représente généralement la proportion la plus faible et constituerait le minimum que le Gouvernement pourrait demander aux patients de payer pour faire vacciner entièrement leurs enfants.

Figure 4.1

Figure 4.2

Dans le cadre de cette proposition, les communautés locales pourraient également demander aux parents ou à la population dans son ensemble de payer un montant supplémentaire pour couvrir les coûts liés au maintien de la chaîne de froid ou au déploiement des équipes sanitaires mobiles dans la mesure où d'autres recettes du programme de recouvrement des coûts ne couvrent pas ces coûts. Ou alors, le Ministère de la Santé pourrait décider d'utiliser les fonds épargnés grâce au programme de recouvrement des coûts pour subventionner les vaccinations.

## 4.2 CONSULTATIONS EXTERNES

Les patients payent pour les services de pharmacie ou versent des honoraires de consultation suivant le niveau de soins.

En cas de petite chirurgie en consultations externes, les patients payent pour la chirurgie en consultations externes au lieu des honoraires de consultation.

Outre le fait de payer pour les médicaments, les patients paieraient également des honoraires de consultation dans les hôpitaux ou dans les centres de santé où est affecté un personnel sanitaire de niveau plus élevé. Les honoraires de consultation seraient fixés à trois niveaux : niveau le plus élevé pour un spécialiste ou un professeur, niveau intermédiaire pour un généraliste et niveau le plus faible pour un TSS. Dans les formations sanitaires où ce personnel n'est pas présent, par exemple, dans les postes de santé, les patients paieraient des frais de services pharmaceutiques égaux aux honoraires de consultation pour un TSS. Les mêmes honoraires de consultation pour chacun de ces types de prestataires s'appliqueraient aux consultations externes ainsi qu'au diagnostic exigeant une admission hospitalière.

Si une consultation exige une petite chirurgie en consultations externes (y compris les plâtres), les patients paieraient des frais de chirurgie en consultation externe au lieu d'honoraires de consultation. Les frais pour la chirurgie en consultation externe seraient plus élevés que les honoraires de consultation, reconnaissant le coût supplémentaire que cela demande au vu des fournitures complémentaires et des compétences plus poussées chez le personnel de santé. Le paiement pour la petite chirurgie en consultations externes constituerait également une incitation pour le personnel de santé, le poussant à traiter les petites chirurgies en consultations externes chaque fois que cela convient du point de vue médical plutôt que d'hospitaliser les patients.

## 4.3 SERVICES HOSPITALIERS

Les patients payent un prix forfaitaire quotidien qui varie suivant le type de chambre.

Les patients payent également un montant séparé pour les accouchements.

Les patients qui sont admis pour des soins hospitaliers paieraient un montant forfaitaire pour chaque jour qu'ils passent à l'hôpital. Le forfait varierait selon de type de chambre : le plus faible pour les salles d'hôpital, dans la fourchette moyenne pour les chambres semi-privées et dans la plus élevée pour les chambres privées. Aucun montant supplémentaire ne serait demandé pour les procédures réalisées pour un malade hospitalisé, à part les accouchements.

Une somme forfaitaire séparée serait demandée en plus pour les accouchements, pour tenir compte du fait qu'on juge depuis longtemps que ce service relève d'une procédure spéciale avec des frais séparés. En outre, les accouchements représentent un service que les ménages peuvent prévoir à l'avance et ne relèvent d'un incident imprévu comme c'est le cas d'autres admissions hospitalières. De plus, la maternité représente une proportion importante des soins hospitaliers en RCA. Par exemple, c'était la cause principale des admissions, 32 pour 100, au CNHUB en 1990, comparé à 42 pour 100 des admissions pour toute une série de diagnostics demandant des services spécialisés, 15 pour 100 pour la médecine générale et 11 pour 100 pour la chirurgie.

#### **4.4 DISCUSSION GENERALE ET BIEN-FONDE**

Il existe une variété de méthodes de paiement ainsi que des combinaisons simples et complexes de méthodes, notamment paiements pour médicaments, pour consultations, pour épisodes de maladie, pour consultations plus médicaments, pour divers procédures et actes médicaux, paiements par diagnostic et paiements préalables pour un ensemble choisi de services. Elles ont toutes des avantages et des inconvénients et un grand nombre de ces méthodes sont appliquées à l'heure actuelle dans diverses formations sanitaires de la RCA.

La présente proposition a retenu quelques méthodes dans le cadre d'une structure nationale simple et uniforme aux fins de simplicité administrative, de facilité de compréhension pour les participants et de suivi et d'ajustement périodique que pourra faire facilement le Ministère de la Santé en fonction de l'expérience.

Par exemple, la même structure et les mêmes prix pour les médicaments et les services s'appliqueraient à l'échelle nationale exception faite des honoraires de consultation et des frais hospitaliers dans les hôpitaux de Bangui qui seraient légèrement plus élevés que les paiements dans les services hospitaliers à l'extérieur de Bangui. Les frais hospitaliers à Bangui seraient plus élevés au vu de leur statut de centre de référence et de niveaux de soins plus élevés qu'ils fournissent par rapport à d'autres hôpitaux. Aux termes du même principe, les frais dans les hôpitaux et les centres de santé à l'extérieur de Bangui seraient les mêmes partant de l'hypothèse selon laquelle, actuellement, les centres de santé et les hôpitaux fournissent une qualité de service plus ou moins égale.

La structure de paiements vise également à décourager le personnel sanitaire de fournir un grand nombre de services ou des services inutiles dans le but surtout d'obtenir des recettes ou d'augmenter les revenus. A cet égard, la proposition dépend du paiement continu et régulier des salaires des agents de santé.

## 5.0 UTILISATION DES RECETTES PROVENANT DES PAIEMENTS

La présente proposition recommande que les recettes des paiements soient utilisées pour couvrir les coûts renouvelables hors salaires qui améliorent l'approvisionnement en médicaments, la qualité médicale des prestations de services et les mesures de qualité et d'accès telles que perçues par le patient. Le Ministère de la Santé devrait demander que les formations sanitaires utilisent les recettes provenant des paiements aux fins suivantes :

- ▲ La priorité numéro un consiste à se réapprovisionner en médicaments et à soutenir le système de distribution et de stock de médicaments.
- ▲ Les recettes restantes devraient être utilisées pour payer pour les améliorations de qualité dans l'ordre prioritaire suivant :
  - △ fournitures et équipement médicaux essentiels,
  - △ incitations à la performance du personnel
  - △ autres améliorations le plus liées à la qualité telle que perçues par les patients (par exemple, transport des équipes mobiles de vaccination ; entretien des locaux ; personnel devant assister à de brefs stages de formation)

L'équipe Projet financement et pérennisation des soins de santé recommande également que le Ministère de la Santé fixe des directives concernant l'octroi en pourcentage des recettes provenant des paiements du moins pendant la première année de fonctionnement.

La *Figure 5.1* indique comment les recettes provenant des paiements pour les médicaments et les services pourraient être octroyées à ces fins en fonction de pourcentages hypothétiques. Ces pourcentages reflètent grosso modo la part que ces activités représentent souvent dans les coûts hors salaires et dans le fonctionnement d'une formation sanitaire. On s'est également inspiré à ce propos des dépenses hors salaire d'un hôpital de Bangui, Complexe Pédiatrique. Et l'un des éléments d'un pourcentage élevé, l'utilisation de recettes pour les primes de performance du personnel a été fixé à 35 pour 100 en vue de maintenir la pratique actuelle en RCA.

### 5.1 DISCUSSION GENERALE ET BIEN-FONDE

L'expérience sur le recouvrement des coûts en Afrique a montré que des améliorations de qualité devaient précéder ou accompagner l'introduction de services payants. Un meilleur approvisionnement et une plus grande disponibilité de médicaments est généralement le premier critère et le critère le plus important dont tient compte la population.

Figure 5.1

L'expérience démontre également que la qualité telle que perçue par le patient est souvent plus importante que des mesures techniques de qualité des services. De nombreuses enquêtes et l'expérience opérationnelle ont montré que les habitants de la RCA et ceux de nombreux pays africains sont prêts à payer pour l'apparence et l'entretien des formations sanitaires, la formation des agents de santé en vue de renforcer les connaissances, les transports des équipes de vaccination mobiles et les transports pour la supervision des agents de santé.

L'expérience en Afrique montre également que les agents de santé ont besoin d'incitations pour faire fonctionner tel que prévu un nouveau système de recouvrement des coûts. A cette fin, il est généralement nécessaire lors des premières étapes du programme que la majorité, voire l'intégralité des recettes, puissent être gardées au niveau de l'établissement sanitaire pour être utilisées par cet établissement pour améliorer ses propres services. Là où les salaires sont relativement faibles ou versés irrégulièrement, il est en plus nécessaire généralement qu'une partie des recettes que garde l'établissement sanitaire soient utilisées tout spécialement pour fournir des incitations à la performance aux agents de santé lorsque les salaires sont relativement faibles ou payés irrégulièrement.

Une autre utilisation importante des recettes pouvant être envisagée en RCA concerne une redistribution des recettes aux établissements plus petits servant un plus petit nombre de clients et qui ne sont pas en mesure de réaliser un minimum d'amélioration de la qualité. Il y aura l'obligation pour les grands établissements sanitaires ayant des recettes plus élevées de contribuer une petite partie à un "fonds de solidarité" régional ou du département en vue d'aider ces centres plus petits. Ou alors, des subventions de la part du Ministère de la Santé pourraient être utilisées à cette fin.

## 6.0 IMPACT DE LA PROPOSITION

En réponse à la demande du Ministère, HFS a évalué la structure proposée de paiements et de prix, tout notamment son impact sur la capacité et la volonté de la population à payer pour les services de santé ainsi que la relation entre les recettes mobilisées et les coûts renouvelables hors salaires des services de santé. La présente section est un récapitulatif des résultats de cette évaluation.

### 6.1 BASES DE DONNEES

Les données pour évaluer l'impact de la structure proposée de paiements et de prix proviennent de plusieurs sources d'information. Les données sur la capacité et la volonté de payer au sein de la population se fondent sur les résultats d'une enquête nationale auprès des ménages faite par la Cellule économique sanitaire (CES) en 1991, ainsi que sur des informations provenant de l'enquête PEV réalisée en 1993.

Les données en vue d'estimer les coûts et les recettes des formations sanitaires incluent l'étude sur les coûts hospitaliers de la C.E.S. de 1992 ; les statistiques sur l'utilisation de 1990 du CNHUB et de Complexe Pédiatrique et les statistiques de morbidité du plan quinquennal du Ministère de la Santé (PDSS). L'année 1990 a été choisie pour l'analyse des coûts des formations sanitaires car c'est l'année la plus récente pour laquelle des données pertinentes étaient disponibles et pendant laquelle les autorisations budgétaires du Ministère de la Santé ont probablement été mises effectivement à la disposition des formations sanitaires. C'est également durant cette année-là que les formations sanitaires ont fonctionné le plus proche de leur capacité normale.

En ce qui concerne les coûts des médicaments, l'équipe HFS a utilisé les simulations du CESSP 1993 sur les coûts des médicaments pour des types choisis d'épisodes de maladie ainsi que les estimations obtenues verbalement d'experts à Bangui concernant certains médicaments et les vaccins. La marge bénéficiaire sur les coûts des médicaments—pour tenir compte des frais de transport, des coûts de fonctionnement du système de réapprovisionnement et de stock et des marges des formations sanitaires—se fonde sur les pratiques adoptées généralement pour les projets de recouvrement des coûts en cours en RCA. La proposition tient également compte de l'effet de la dévaluation récente du FCFA en doublant le prix de 1993 à l'origine (tel qu'exprimé en FCFA) pour tous les médicaments et vaccins.

### 6.2 CAPACITE ET VOLONTE DE PAYER DES MENAGES

Pour évaluer l'impact des paiements proposés sur la capacité et la volonté de payer chez les ménages, l'équipe HFS a mis au point un profil d'épisodes de maladies typiques soignées en consultations externes ainsi que deux types possibles de soins hospitaliers—l'accouchement et un séjour hospitalier en médecine générale—pouvant survenir dans une famille de sept personnes, c'est-à-dire la dimension moyenne d'un ménage selon l'enquête nationale auprès des ménages.

Pour évaluer l'équité de l'impact des paiements proposés, nous avons estimé cet impact sur des ménages à trois niveaux de revenus : ménages à faible revenu dans les zones rurales, ménages urbains à revenu intermédiaire (à l'extérieur de Bangui) et ménages à revenu élevé à Bangui. (Les revenus des ménages à ces différents niveaux s'inspirent de l'enquête sur les ménages faite par la C.E.S.)

Les *Tableaux A.3 et A.4 en Annexe A* indiquent le montant annuel que les familles paieraient pour ces épisodes de maladies dans le cadre des options de paiements faibles et élevés et les pourcentages que représenteraient ces dépenses par rapports aux revenus annuels des ménages. Les *Figures 6.3, 6.4 et 6.5* indiquent graphiquement cet impact et comparent les paiements proposés et la volonté de payer ainsi que les dépenses actuelles pour les services de santé en consultations externes.

### **6.2.1 Maladies soignées en consultations externes**

La **Figure 6.1** indique les montants moyens que des ménages à des niveaux de revenus différents dans des contextes ruraux, urbains et à Bangui payent pour un épisode de maladie typique soigné en consultations externes, selon l'enquête auprès des ménages faite en 1992. Ces données indiquent que tous les ménages, même ceux dans le quintile de revenu le plus faible (numéro 1 dans la figure), dépensent une somme importante pour une maladie soignée en consultations externes. Dans chacun des trois emplacements géographiques, les dépenses augmentent parallèlement aux revenus—c'est-à-dire que les ménages avec un revenu plus élevé dépensent plus pour les services de santé que les ménages à faible revenu. Les ménages de Bangui, quels que soient les niveaux de revenus, dépensent légèrement plus pour une maladie en consultations externes que les autres populations urbaines, sauf pour le groupe à niveau le plus élevé dans les autres villes. Ce sont les habitants des zones rurales qui, au sein de tous les niveaux de revenu, dépensent les montants moyens les plus faibles.

La **Figure 6.2** présente des données provenant de l'enquête faite auprès des ménages pour comparer les paiements proposés, les dépenses actuelles et la volonté de payer pour des médicaments prioritaires et certaines améliorations au niveau de la qualité. Tel que l'indique cette figure, les paiements proposés pour un épisode typique soigné en consultations externes sont plus faibles que, d'une part, les dépenses annuelles et, d'autre part, la capacité de payer tant pour les options de paiements faibles et élevés et pour les ménages à tous les niveaux de revenus.

Les **Tableaux A.3 et A.4 en Annexe A** indiquent que—sur une base annuelle, en supposant que chaque enfant et adulte de la famille a un épisode de maladie demandant qu'on se rende dans les consultations externes—le total des frais annuels dans le cadre de l'option de paiements faibles pour les médicaments et les consultations externes représenteraient 2 pour 100 du revenu annuel pour le ménage rural à revenu faible et moins de 1 pour 100 pour les ménages urbains à revenu intermédiaire et les ménages urbains à revenu élevé de Bangui. Dans le cadre de l'option de paiements élevés, les dépenses annuelles des ménages pour les consultations externes et les médicaments s'élèveraient dans une fourchette allant de 3,6 pour 100 du revenu annuel pour les ménages à faible revenu, 1 pour 100 pour les ménages à revenu intermédiaire et moins de 1 pour 100 pour les ménages de Bangui à revenu élevé. Ces pourcentages sont également plus faibles que les dépenses annuelles courantes estimées pour les consultations externes (voir **Tableau A.4 en Annexe A**).

Figure 6.1

Figure 6.2

## **6.2.2 Soins hospitaliers**

Le *Tableau A.5 de l'Annexe A* compare 1) les coûts des ménages pour un séjour hospitalier typique dans le cadre des options proposées de paiements élevés et faibles dans un hôpital de Bangui et 2) les coûts dans le cadre du système actuel en vigueur aux termes du Décret 91.065. Tel que le montrent ces données, un patient paierait environ la moitié dans le cadre de l'option de paiements faibles proposée que dans le cadre du système actuel pour un séjour hospitalier typique de huit jours dans une salle d'hôpital, pour des services chirurgicaux ou autres services spécialisés et environ 60 pour 100 de cette somme dans le cadre de l'option de paiements élevés. En ce qui concerne la médecine générale ou un accouchement normal, un patient dans une salle d'hôpital paierait environ la même chose dans le cadre de l'option proposée de paiements faibles que dans le cadre du système actuel et un peu plus dans le cadre de l'option élevée proposée.

Les patients qui choisissent des chambres semi-privées ou privées paieraient également moins dans le cadre des deux options paiements élevés et paiements faibles. En outre, il est probable, en fonction de l'analyse de 1992 du C.E.S. sur les coûts et frais hospitaliers, que les niveaux de paiements proposés résulteraient en coûts analogues ou plus faibles pour les patients que les paiements dans les établissements missionnaires privés.

Dans le cadre tant de la structure de paiements actuelle que de celle proposée, les patients payent moins par jour d'hospitalisation à l'extérieur de Bangui que dans les hôpitaux de la capitale. Mais la structure actuelle maintient les mêmes frais pour les procédures et actes médicaux qu'ils soient faits à Bangui ou à l'extérieur. Aussi, bien que la structure proposée inclut des paiements plus élevés que dans le système actuel pour une journée de soins hospitaliers à l'extérieur de Bangui, cette différence est compensée par les paiements supplémentaires qu'exige la structure actuelle pour les procédures médicales.

Le résultat net pour les soins hospitaliers à l'extérieur de Bangui est que les patients paieraient une somme égale ou moindre dans le cadre des options paiements faibles et paiements élevés proposées pour un séjour hospitalier de huit jours, quelle que soit la catégorie de services (chirurgie, médecine générale, maternité) pour les trois catégories de chambres qu'ils ne paient dans le cadre du système actuel du Décret 91.065. Une exception à cette comparaison est que les participants pourraient payer davantage pour une hospitalisation concernant un accouchement normal dans le cadre de l'option paiements élevés que dans le cadre du système actuel.

## **6.2.3 Total des coûts annuels pour les ménages**

Les *Tableaux A.3 et A.4 en Annexe A* et la *Figure 6.3* indiquent l'impact annuel total sur le revenu des ménages pour sept épisodes de maladies en consultations externes et deux soins hospitaliers : accouchements et acte chirurgical ou épisode de médecine générale. (Etant donné que les frais dans le cadre de la présente proposition seraient les mêmes pour un acte chirurgical et la médecine générale, il n'est guère important aux fins d'exemple de préciser la cause de l'admission en hôpital). En ce qui concerne les soins hospitaliers, les estimations supposent que les ménages à faible revenu resteraient dans une salle d'hôpital, le ménage à revenu intermédiaire dans une chambre semi-privée et le ménage à revenu élevé dans une chambre privée.

Figure 6.3

Tel que le montrent ces estimations, le ménage rural à faible revenu dépenserait, dans le cadre de l'option paiements faibles, 11 pour 100 de son revenu pour les soins hospitaliers et un total de 13,6 pour 100 lorsqu'on inclut les soins en consultations externes. Ces ménages dépenseraient 19 pour 100 de leur revenu, dans le cadre de l'option paiements élevés, pour tous les soins hospitaliers et consultations externes. Dans le "pire" des cas, les coûts à encourir pour faire vacciner l'enfant cette année-là se présenteraient également sur la même période de 12 mois, d'où un coût supplémentaire d'environ 3500 FCFA dans le cadre des paiements proposés, représentant 1,7 pour 100 de plus du revenu annuel de ces ménages.

En ce qui concerne l'exemple des dépenses pour les soins hospitaliers, un séjour hospitalier pour chirurgie ou médecine générale représenterait un coût bien plus élevé qu'un séjour hospitalier pour un accouchement. Par exemple, les frais de l'option paiements faibles pour un accouchement représenterait 2 pour 100 du revenu annuel pour les ménages à faible revenu alors qu'un séjour hospitalier pour soit la médecine générale, soit la chirurgie représenterait 9 pour 100. Aussi, le total dans le cadre de l'option paiements faibles, de sept visites de consultations externes plus un séjour hospitalier pour une naissance ne représenteraient que 4 pour 100 du revenu annuel des ménages à faible revenu avec 1,7 pour 100 supplémentaire pour la série entière de vaccinations pour l'enfant si elles doivent se faire cette même année. Dans le cadre des options paiements élevés, ce total passerait à 7,5 pour 100 et à 9,2 pour 100 respectivement.

Pour des familles urbaines à revenu moyen, ces estimations montrent que l'impact total des dépenses pour deux séjours hospitaliers et pour toutes les consultations externes représenterait 5 pour 100 du revenu annuel du ménage dans le cadre de l'option paiements faibles et 6,6 pour 100 dans le cadre de l'option paiements élevés. Pour les ménages de Bangui à revenu élevé, l'impact total représenterait 2,5 et 3,2 pour 100 pour les options paiements élevés et paiements faibles. Ces totaux sont quelque peu plus élevés que les dépenses annuelles courantes estimées pour les seules consultations externes.

#### **6.2.4 Impact sur la capacité de payer**

En général, cette analyse indique que les paiements proposés dans le cadre des options paiements élevés et paiements faibles entrent dans la portée de la plupart des habitants, surtout les ménages à revenu intermédiaire et élevé. Le principal problème en ce qui concerne la capacité de payer ne se présenterait que pour les ménages ayant un revenu annuel de 210 000 FCFA ou moins, et uniquement s'ils ont, pendant l'année, un épisode hospitalier en plus d'une naissance. Il est important de noter que l'impact financier sur les ménages à faible revenu dans le cadre des consultations externes et du séjour hospitalier pris comme exemple serait bien plus important dans le système actuel aux termes du Décret 91.065. Tel qu'indiqué ci-dessus, les paiements proposés dans le cadre de l'option paiements faibles entraînent des coûts totaux plus faibles pour des séjours hospitaliers typiques que les coûts dans le cadre du système actuel, tout notamment pour l'acte chirurgical et la médecine générale.

Figure 6.4

### 6.3 RELATION ENTRE RECETTES ET COÛTS ET AMÉLIORATIONS DE LA QUALITÉ

Bien qu'on dispose de données limitées sur les coûts dans les budgets des hôpitaux de Bangui, il n'existe pas actuellement de données systématiques sur les coûts pour les formations sanitaires en RCA. Dans pratiquement tous les cas, les dépenses des formations sanitaires pour les éléments hors salaires se basent sur les fonds disponibles et non sur les coûts liés à une prestation de soins de qualité suffisante ou élevée. Aussi, n'est-il pas possible d'établir des barèmes de prix et des niveaux de recettes qui correspondent à des estimations de coûts exactes pour une quantité et une qualité donnée de services. Mais il est possible d'évaluer si les recettes estimées suffiraient pour couvrir les coûts renouvelables hors salaires typiques et une certaine amélioration de la qualité.

L'équipe HFS a adopté l'approche suivante pour faire cette évaluation. Dans le cadre d'estimations détaillées sur les recettes et les coûts, HFS a estimé les recettes annuelles pouvant être mobilisées dans le cadre des paiements, pour les options paiements faibles et paiements élevés dans les formations sanitaires de diverses dimensions desservant des populations petites, moyennes et grandes, en supposant certains taux d'utilisation classiques. Pour les soins en consultations externes, les estimations supposent une visite en consultations externes par année et par personne, dont 80 pour 100 demandent une ordonnance de médicaments. Pour les soins hospitaliers, les estimations supposent des taux d'occupation de 60 pour 100. Nous avons ensuite ventilé dans la *Figure 5.1* les recettes mobilisées par ces taux d'utilisation en fonction de pourcentages illustratifs.

La *Figure 6.4* est un exemple de fonds estimés d'une grande formation sanitaire et d'une petite formation sanitaire de telle sorte à ce que l'affectation couvre les dépenses de fonctionnement hors salaires essentielles et les incitations à la performance du personnel. Les *Tableaux A.6 et A.7 en Annexe A* récapitulent les estimations détaillées.

#### 6.3.1 Formations sanitaires à l'extérieur de Bangui

Tel que l'indiquent la *Figure 6.4* et les *Tableaux A.6 et A.7* pour les formations sanitaires à l'extérieur de Bangui, le total des recettes annuelles estimées des séjours hospitaliers, des consultations externes et des médicaments se situent dans une fourchette allant d'environ 60 millions de FCFA pour les grandes formations à 30 millions de FCFA pour les formations de taille moyenne et à 8 millions de FCFA pour les plus petites formations avec des lits. Les recettes annuelles totales pour un poste de santé desservant 1 000 habitants sont estimées à environ 350 000 FCFA. Dans tous les cas, les recettes provenant des services payants suffisent dans les deux options paiements élevés et paiements faibles pour couvrir le total des coûts de réapprovisionnement des médicaments avec un solde restant pour l'administration de la pharmacie, les primes à la performance du personnel et les améliorations de la qualité.

Par exemple, les recettes restantes après le réapprovisionnement en médicaments se situent dans une fourchette allant d'environ 21,5 millions de FCFA pour une formation sanitaire de 100 lits à 8 millions de FCFA pour un petit centre de 10 lits dans le cadre de l'option paiements faibles et dans une fourchette allant de 75 millions de FCFA à 11 millions de FCFA dans le cadre de l'option paiements élevés. Si 35 pour 100 du solde restant après le réapprovisionnement en médicaments était alloué au poste des primes pour la performance du personnel, l'option paiements faibles fournirait aux formations les plus grandes environ 7,5 millions de FCFA par an pouvant être alloués au personnel et les formations sanitaires de taille moyenne auraient 3,8 millions de FCFA et les plus petites 1 million de FCFA pour les primes du personnel.

Sur la base mensuelle, les recettes estimées des services payants dans le cadre de l'option paiements faibles rapporteraient à un centre de 100 lits environ 629 000 FCFA pour les primes du personnel et 1 million de FCFA pour l'administration de la pharmacie, les fournitures médicales, l'entretien des locaux et d'autres dépenses de fonctionnement. Pour un centre de santé de 10 lits, dans le cadre de l'option paiements faibles, les recettes provenant des services payants après réapprovisionnement en médicaments, rapporteraient environ 85 000 FCFA par mois pour les primes du personnel et environ 160 000 FCFA pour les dépenses de fonctionnement.

L'option paiements élevés proposée rapporterait presque le double (75 pour 100 de plus) de recettes après réapprovisionnement en médicaments pour les formations sanitaires avec capacité d'hospitalisation.

Les postes de santé auraient des recettes bien plus faibles car ils n'ont pas de services hospitaliers. Dans le cadre de l'option paiements faibles, un poste de santé desservant 1 000 habitants aurait un solde d'environ 115 000 FCFA par an après le réapprovisionnement en médicaments et 435 000 FCFA dans le cadre de l'option paiements élevés. Vu les recettes plus faibles des postes de santé qui n'ont pas de soins hospitaliers, il faudrait un pourcentage plus élevé des recettes après réapprovisionnement en médicaments (par exemple, 70 pour 100) pour couvrir un petit salaire d'un responsable de la pharmacie, ce qui laisserait environ 25 pour 100 pour les primes du personnel et 5 pour 100 à d'autres fins telles que l'entretien et le nettoyage des locaux.

En prenant cet exemple d'affectation pour les postes de santé, l'option paiements faibles fournirait environ 80 200 FCFA par année (6 700 FCFA par mois) pour le responsable de la pharmacie, environ 28 700 FCFA par année (2 400 par mois) pour les primes du personnel et 5 700 FCFA (480 FCFA par mois) pour l'entretien des locaux. Une option paiements moyens pour les services de pharmacie, à savoir 250 FCFA, rapporterait environ deux fois autant de recettes que l'option paiements faibles, 100 FCFA. L'option paiements élevés, 500 FCFA pour un service pharmaceutique rapporterait aux postes de santé environ quatre fois plus de recettes après réapprovisionnement en médicaments que l'option paiements faibles.

Bien que l'on ne dispose pas d'estimations sur les fonds que les formations sanitaires reçoivent actuellement du budget du Ministère de la Santé, il est probable que ces recettes estimées, même dans le cadre de l'option paiements faibles, rapporteraient des fonds bien plus importants que ceux dont disposent actuellement ces formations sanitaires pour les dépenses de fonctionnement. Ces montants suffisent également, même dans le cadre de l'option paiements faibles, pour procéder à des améliorations de la qualité et pour récompenser la performance du personnel.

Mais si l'utilisation n'était que de la moitié du niveau estimé par l'équipe HFS et si les recettes estimées étaient diminuées de moitié, l'option paiements faibles serait bien plus limitée surtout pour les petits centres avec 10 lits ou moins. Dans le cadre d'hypothèses sur une utilisation moindre, le total des recettes provenant des paiements, disponibles après le réapprovisionnement en médicaments, suffirait encore pour procéder à de modestes améliorations de la qualité (par exemple, au niveau de la disponibilité des fournitures médicales). Mais il faudra probablement changer les affectations entre les dépenses de fonctionnement et les primes du personnel. Toutefois, il est probable qu'une fois que les médicaments seront disponibles, de pair avec d'autres fournitures médicales et des améliorations de la qualité, l'utilisation—tout notamment des consultations externes—atteindra les niveaux supposés dans ces estimations.

### **6.3.2 Hôpitaux de Bangui**

Les *Tableaux A.8 et A.9 en Annexe A* indiquent les recettes estimées dans le cadre des options de paiements faibles et élevés dans un hôpital de Bangui, en utilisant le CNHUB comme exemple, et donnent un exemple de distribution de ces recettes. Telles que l'indiquent ces données, le CNHUB recevrait environ 450 millions de FCFA par an dans le cadre de l'option paiements faibles et 523 millions de FCFA annuellement dans le cadre de l'option paiements élevés. Ces recettes suffisent pour couvrir le total du coût du réapprovisionnement en médicaments et laissent un solde, à d'autres fins, d'environ 251 millions de FCFA dans le cadre de l'option paiements faibles et 325 millions de FCFA dans le cadre de l'option paiements élevés.

Ces recettes—même dans le cadre de l'option paiements faibles—dépassent le montant, 210 millions de FCFA, que le budget du Ministère de la Santé en 1990 stipulait pour toutes les dépenses de fonctionnement hors salaires du CNHUB. Ces estimations de recettes dans le cadre de l'option paiements faibles sont légèrement plus élevées que les estimations faites par la C.E.S. (239 millions de FCFA) pour les recettes provenant des services payants pour le CNHUB dans le cadre des barèmes du Décret actuel 91.065. L'option paiements élevés proposée rapporterait des recettes bien plus élevées que celles possibles dans le cadre de l'application du Décret 91.065. Ces recettes plus élevées sont possibles même si les barèmes proposés dans le cadre des options paiements faibles et paiements élevés entraîneraient des coûts de patients généralement plus faibles pour les services dispensés au CNHUB.

### **6.3.3 Impact sur les recettes et les améliorations de la qualité**

Les formations sanitaires mobiliseraient suffisamment de recettes dans le cadre des options paiements faibles et paiements élevés pour couvrir tous les coûts de médicaments et il leur resterait un solde pour améliorer les prestations de services et distribuer des primes à la performance du personnel. Dans le cadre des hypothèses d'utilisation modeste retenues ici, même l'option paiements faibles rapporterait des recettes permettant des améliorations sensibles comparé à la situation actuelle. L'exception possible étant les postes de santé desservant un petit nombre de clients. L'option paiements faibles risque de ne pas leur fournir des fonds suffisants pour procéder aux améliorations nécessaires et fournir des incitations au personnel.

## 7.0 COMPARAISON ENTRE LA STRUCTURE PROPOSEE DE FRAIS HOSPITALIERS ET LE SYSTEME ACTUEL

La structure proposée de paiements pour les soins hospitaliers et les consultations externes représente une autre possibilité que le système actuellement en vigueur aux termes du Décret 91.065. Dans le cadre du système actuel, les actes médicaux et les procédures médicales individuels sont payants pour les consultations externes en fonction du système lettre clef. Les patients hospitalisés ne payent que des frais quotidiens de lits. Les médicaments, lorsqu'ils sont disponibles, sont distribués gratuitement aux malades hospitalisés alors que dans le cadre des consultations externes, on remet généralement aux patients une ordonnance qu'ils présenteront à une pharmacie de l'extérieur à leurs propres frais.

L'autre solution proposée ici élimine à deux exceptions près (petite chirurgie en consultations externes et accouchement) tout paiement séparé pour les procédures médicales et introduit un paiement pour les médicaments. Cette option fixe également des honoraires plus élevés pour les services dans les hôpitaux de Bangui que dans les hôpitaux à l'extérieur de Bangui en partant de l'hypothèse que le niveau de soins est plus élevé dans les hôpitaux de Bangui.

Cette option comporte plusieurs avantages par rapport au système actuel qui facture séparément les actes et les procédures dans le cadre du système lettre clef. Premièrement, la présente option correspond mieux aux buts actuels de recouvrement des coûts en RCA, c'est-à-dire recouvrer les coûts des médicaments et des autres dépenses de fonctionnement hors salaires. L'option convient mieux à un système où le personnel de santé touche des salaires qui reflètent son niveau de spécialisation. Point besoin d'un service qui fasse payer pour ces services de personnel et qui relie ces services à des coefficients pour mesurer la complexité lorsque le système de salaires et de primes du personnel sert déjà à cette fin.

Deuxièmement, l'option convient mieux à la capacité administrative actuelle des hôpitaux de Bangui et des provinces. Les systèmes d'archivage dans les hôpitaux de Bangui, tout notamment dans le CNHUB, ne semblent pas pouvoir soutenir suffisamment le système lettre clef qui se fonde sur les coûts. La valeur courante pour chacune des lettres désignant les actes et les procédures, tels que la chirurgie ou les tests de laboratoire, ne se fonde pas clairement sur le coût lié à la prestation de ces services et les données détaillées nécessaires sur l'utilisation nécessaires pour le faire ne semblent pas exister. Les hôpitaux de Bangui pourraient utiliser les systèmes lettre clef dans plusieurs années pour tenir compte de la complexité aux fins de ventilation des coûts mais la situation actuelle ne semble pas pouvoir soutenir ou justifier un tel système aux fins d'un programme de recouvrement des coûts. Les désignations lettre clef pourraient continuer à être utilisées à d'autres fins telles que le contrôle de qualité ou l'octroi de ressources.

Troisièmement, l'autre structure ventile les coûts des maladies entre patients et ne demande pas à des patients plus malades de payer plus que ceux moins malades. En l'absence d'une assurance-maladie pour un grand nombre, cette caractéristique sert à cumuler les risques par rapport aux conséquences financières lors des hospitalisations coûteuses.

Quatrièmement, il est probable que les patients trouveraient le système plus compréhensible et plus prévisible. Il serait également plus facile pour le personnel hospitalier parce que c'est une structure uniforme s'appliquant à tous les soins hospitaliers de tous les hôpitaux et centres de santé de l'ensemble du pays.



## **8.0 SYSTEME D'EXONERATIONS ET SUBVENTIONS**

### **8.1 INDIGENTS**

Tel que noté ci-dessus, les paiements proposés présenteraient probablement un problème pour les ménages à faible revenu lorsque des membres de la famille doivent être hospitalisés pour d'autres raisons que l'accouchement. Mais ces cas ne se présenteront pas chaque année pour tous les ménages à faible revenu. Probablement ce ne sera que rarement qu'une personne ne sera pas en mesure de payer pour les médicaments prescrits pendant une consultation externe.

Suivant les conseils donnés par un grand nombre de personnes interviewées en novembre et en décembre 1993, l'équipe HFS recommande qu'aucune mesure complémentaire ne soit prise par le Ministère de la Santé au niveau central pour mettre en place un système officiel d'exonérations. Les communautés locales peuvent continuer à s'occuper des indigents de manière informelle lorsque le cas se présente. Le système actuel d'assistance sociale peut continuer à prendre en charge les coûts d'hospitalisation pour les personnes étant vraiment dans le besoin. Dans tous les cas, les frais devraient être payés à l'établissement sanitaire au nom de l'indigent—que ce soit par la communauté locale, par un ami ou un voisin, ou par la collectivité locale apportant une assistance sociale.

Dans le long terme, le Ministère de la Santé pourrait définir de nouveaux critères pour les cas d'"indigence médicale" en fonction d'options dont peut discuter le groupe de travail. Le Ministère de la Santé devrait également mettre en place un système de suivi pour voir s'il faut un système plus officiel d'exonérations pour les hospitalisations.

### **8.2 SUBVENTIONS**

L'équipe HFS recommande d'éliminer ou de diminuer les subventions actuelles pour les fonctionnaires vu que ce groupe est parmi ceux qui sont le plus capables de payer pour les soins de santé. La présente analyse a montré qu'ils sont non seulement plus en mesure de payer pour les consultations externes et les médicaments, mais également pour les hospitalisations vu que cela n'arrive pas chaque année. La loi actuelle stipule que l'Etat prenne à sa charge 80% des honoraires demandés actuellement pour les soins de santé des fonctionnaires et de leur famille. Les fonctionnaires doivent payer les 20% restants au moment du traitement et la formation sanitaire est remboursée directement par l'Etat.

De plus, les fonds économisés en diminuant cette subvention pourraient être utilisés pour apporter une assistance aux indigents. Les statistiques d'utilisation indiquent qu'en 1990, les fonctionnaires représentaient environ 30 pour 100 des malades hospitalisés dans les hôpitaux de Bangui et les patients dans l'incapacité de payer constituaient environ 20 pour 100 en 1993. Ces données signifient qu'un hôpital perdrait environ 50 pour 100 de ses recettes potentielles si le Ministère de la Santé n'est pas en mesure de payer la subvention des fonctionnaires et si les indigents ne payent pas leurs factures. Le montant autorisé actuellement pour le paiement des soins de santé des fonctionnaires suffirait largement pour couvrir les frais d'hospitalisation des gens qui ne peuvent pas payer.

## 9.0 PLAN DE MISE EN ŒUVRE

La présente proposition a soulevé plusieurs questions sur le plan de la mise en œuvre, notamment :

- ▲ le besoin d'avoir un système d'achat et de distribution de médicaments en place au moment où on met sur pied le nouveau système de recouvrement des coûts ;
- ▲ la nécessité de se donner un moyen d'identifier les coûts des améliorations de qualité souhaitées dans les formations sanitaires ;
- ▲ la nécessité de planifier pour un système limité d'exonération ;
- ▲ la nécessité de mettre en place un système de suivi de l'impact du système de recouvrement des coûts ; et
- ▲ la nécessité de payer régulièrement les salaires des agents de santé.

En outre, le groupe de travail devra discuter des plans visant à informer les agents de santé et le public sur le nouveau système, à apporter une formation aux agents de santé et à élaborer les systèmes de gestion financière pour gérer le nouveau système.

Enfin, le groupe de travail devra discuter des étapes progressives de la mise en œuvre et des domaines où une plus grande souplesse est autorisée par rapport aux normes nationales. Le plan de mise en œuvre progressive devrait tenir compte du fait que les tarifs adoptés au début du programme peuvent et doivent être évalués après la première année et modifiés le cas échéant.

**ANNEXE A**  
**STRUCTURE PROPOSEE DE PAIEMENTS ET DE PRIX**

**Tableau A.1**  
STRUCTURE PROPOSEE DE SERVICES PAYANTS ET PRIX  
OPTION PAIEMENTS FAIBLES

<b>FORMATIONS SANITAIRES</b>					
	<b>HOPITAUX</b>		<b>CENTRES DE SANTE</b>		<b>POSTES DE SANTE</b>
	Bangui	Extérieur Bangui	A&B	C&D	
<b>CONSULTATIONS EXTERNES</b>					
Médicaments, vaccins	Prix fixé de sorte à recouvrer le coût complet plus une petite marge; varie selon les médicaments.				
Consultations					
Spécialiste, professeur	1 000	500	500	NA	NA
Généralistes	500	200	250	250	NA
TSS	250	100	100	100	NA
Paiement service pharmacie	NA	NA	NA	NA	100
Petite chirurgie	1 000	500	500	500	500
<b>SOINS HOSPITALIERS</b>					
Médicaments	Prix fixé de sorte à recouvrer le coût complet plus une petite marge; varie selon les médicaments.				
Accouchements	1 000	500	500	500	NA
Lit et soins par jour, pour chirurgie, ob/gyn, médecine générale :					
Service	1 500	500	500	500	NA
Chambre semi-privée	2 500	1 000	1 000	NA	NA
Chambre privée	3 000	1 500	1 000	NA	NA
NA = Non applicable					

Tableau A.2  
STRUCTURE PROPOSEE DE SERVICES PAYANTS ET PRIX  
OPTION PAIEMENTS ELEVES

<b>FORMATIONS SANITAIRES</b>					
	<b>HOPITAUX</b>		<b>CENTRES DE SANTE</b>		<b>POSTES DE SANTE</b>
	Bangui	Extérieur Bangui	A&B	C&D	
<b>CONSULTATIONS EXTERNES</b>					
Médicaments, vaccins	Prix fixé de sorte à recouvrer le coût complet plus une petite marge; varie selon les médicaments.				
Consultations					
Spécialiste, professeur	1 500	800	800	NA	NA
Généraliste	1 000	500	500	500	NA
TSS	500	250	250	250	NA
Paiement service pharmacie	NA	NA	NA	NA	500
Petite chirurgie	1 500	800	800	800	800
<b>SOINS HOSPITALIERS</b>					
Médicaments	Prix fixé de sorte à recouvrer le coût complet plus une petite marge; varie selon les médicaments.				
Accouchements	1 500	800	800	800	NA
Lit et soins par jour, pour chirurgie, ob/gyn, médecine générale :					
Service	2 000	1 000	1 000	NA	NA
Chambre semi-privée	3 000	1 500	1 000	NA	NA
Chambre privée	4 000	2 000	2 000	NA	NA
NA = Non applicable					

**Tableau A.3**  
**IMPACT TOTAL, À TITRE D'EXEMPLE, DES PAIEMENTS PROPOSÉS**  
**SUR LES DÉPENSES SANITAIRES ANNUELLES DES MÉNAGES ET REVENUS DES MÉNAGES**  
**À DIFFÉRENTS NIVEAUX DE REVENUS : OPTION PAIEMENTS FAIBLES**

<b>DIMENSION DE LA FAMILLE :</b> 7 PERSONNES	<b>MÉNAGE</b> <b>À REVENU FAIBLE</b> Rural, quintile de revenu inférieur	<b>MÉNAGE</b> <b>À REVENU MOYEN</b> A l'extérieur de Bangui, urbain, quintile de revenu intermédiaire	<b>MÉNAGE</b> <b>À REVENU ÉLEVÉ</b> A Bangui, quintile de revenu supérieur
REVENU ANNUEL DU MÉNAGE (FCFA)	211 496	729 708	62 798 049
<b>DÉPENSES SANITAIRES</b>			
<b>CONSULTATIONS EXTERNES/1</b>			
Médicaments pour 7 épisodes (FCFA)	4 032	4 032	4 032
Honoraires pour 7 visites (FCFA)	700	700	700
TOTAL COÛTS CONSULTATIONS EXTERNES (FCFA)	4 732	4 732	4 732
Pourcentage du revenu	2,24	0,65	0,17
<b>SOINS HOSPITALIERS/2</b>			
Chirurgie ou médecine générale (FCFA)	19 500	23 500	40 000
Accouchement (FCFA)	4 500	8 500	25 000
TOTAL COÛTS SOINS HOSPITALIERS (FCFA)	24 000	32 000	65 000
Pourcentage du revenu	11,35	4,39	2,32
<b>TOTAL DES DÉPENSES</b>	<b>28 732</b>	<b>36 732</b>	<b>69 732</b>
Pourcentage du revenu	13,59	5,03	2,49

Source : Données sur les revenus de l'enquête faite auprès des ménages en 1992 par le Ministère de la Santé/C.E.S.

Notes :

- 1/ On suppose un épisode de maladie courante pour chaque membre de la famille selon le Tableau B2 et une visite pour chacun de ces épisodes selon le Tableau B3.
- 2/ On suppose qu'un membre de la famille est hospitalisé soit pour un acte chirurgical, soit pour un acte médical général et qu'un membre de la famille a un accouchement. On suppose que les ménages à faible revenu restent dans une salle d'hôpital, les ménages à revenu intermédiaire dans une chambre semi-privée et les ménages à revenu élevé dans une chambre privée, que les ménages à revenu faible et moyen payent les paiements en dehors de Bangui et les ménages à revenu élevé, les paiements de Bangui. Le total des coûts pour un séjour hospitalier comprend la consultation de diagnostic avant l'admission, les médicaments pendant le séjour hospitaliers et les frais d'hospitalisation quotidiens.

Relié aux Tableau B2, B3 et B5.

**Tableau A.4**  
**IMPACT TOTAL, À TITRE D'EXEMPLE, DES PAIEMENTS PROPOSÉS**  
**SUR LES DÉPENSES SANITAIRES ANNUELLES DES MÉNAGES ET REVENUS DES MÉNAGES**  
**À DIFFÉRENTS NIVEAUX DE REVENUS : OPTION PAIEMENTS ÉLEVÉS**

<b>DIMENSION DE LA FAMILLE :</b> 7 PERSONNES	<b>MÉNAGE</b> <b>À REVENU FAIBLE</b> Rural, quintile de revenu inférieur	<b>MÉNAGE</b> <b>À REVENU MOYEN</b> A l'extérieur de Bangui, urbain, quintile de revenu intermédiaire	<b>MÉNAGE</b> <b>À REVENU ÉLEVÉ</b> A Bangui, quintile de revenu supérieur
REVENU ANNUEL DU MÉNAGE (FCFA)	211 496	729 708	2 798 049
<b>DÉPENSES SANITAIRES</b>			
<b>CONSULTATIONS EXTERNES/1</b>			
Médicaments pour 7 épisodes (FCFA)	4 032	4 032	4 032
Honoraires pour 7 visites (FCFA)	3 500	3 500	3 500
TOTAL COÛTS CONSULTATIONS EXTERNES (FCFA)	7 532	7 532	7 532
Pourcentage du revenu	3,56	1,03	0,27
<b>SOINS HOSPITALIERS/2</b>			
Chirurgie ou médecine générale (FCFA)	23 800	27 800	48 500
Accouchement (FCFA)	8 800	12 800	33 500
TOTAL COÛTS SOINS HOSPITALIERS (FCFA)	32 600	40 600	82 000
Pourcentage du revenu	15,41	5,56	2,93
<b>TOTAL DES DÉPENSES</b>	40 132	48 132	89 532
Pourcentage du revenu	18,96	6,60	3,20

Source : Données sur les revenus de l'enquête faite auprès des ménages en 1992 par le Ministère de la Santé/C.E.S.

Notes :

- 1/ On suppose un épisode de maladie courante pour chaque membre de la famille selon le Tableau B2 et une visite pour chacun de ces épisodes selon le Tableau B3.
- 2/ On suppose qu'un membre de la famille est hospitalisé soit pour un acte chirurgical, soit pour un acte médical général et qu'un membre de la famille a un accouchement. On suppose que les ménages à faible revenu restent dans une salle d'hôpital, les ménages à revenu intermédiaire dans une chambre semi-privée et les ménages à revenu élevé dans une chambre privée, que les ménages à revenu faible et moyen payent les paiements en dehors de Bangui et les ménages à revenu élevé, les paiements de Bangui. Le total des coûts pour un séjour hospitalier comprend la consultation de diagnostic avant l'admission, les médicaments pendant le séjour hospitaliers et les frais d'hospitalisation quotidiens.

Relié aux Tableaux B2, B3 et B5.

Tableau A.5 COMPARAISON DES COÛTS DES MÉNAGES POUR UN SÉJOUR HOSPITALIER TYPIQUE À BANGUI DANS LE CADRE DU DÉCRET 91 ET AUX TERMES DE LA STRUCTURE DE PAIEMENTS PROPOSÉE			
Séjour hospitalier de 8 jours en salle d'hôpital	DÉCRET 91	PAIEMENTS PROPOSÉS	
		OPTION FAIBLE	OPTION ÉLEVÉE
<b>Chirurgie &amp; services spécialisés</b>			
Consultations pour diagnostic	2 000	1 000	1 500
Médicaments	15 000*	15 000	15 000
Actes et procédures	32 000	0	0
Séjour hospitalier (8 jours en salle)	8 000	12 000	16 000
<b>TOTAL</b>	<b>57 000</b>	<b>28 000</b>	<b>32 500</b>
<b>Médecine générale</b>			
Consultations pour diagnostic	1 000	1 000	1 500
Médicaments	15 000*	15 000	15 000
Actes et procédures	7 500	0	0
Séjour hospitalier (8 jours en salle)	4 000	12 000	16 000
<b>TOTAL</b>	<b>27 500</b>	<b>28 000</b>	<b>32 500</b>
<b>Accouchement normal</b>			
Consultations pour diagnostic	0	0	0
Médicaments	0*	0	0
Actes et procédures	5 000	1 000	1 500
Séjour hospitalier (8 jours en salle)	6 400	12 000	16 000
<b>TOTAL</b>	<b>11 400</b>	<b>13 000</b>	<b>17 500</b>
* Dans le cadre du Décret 91, le patient paye les coûts des médicaments en les achetant dans une pharmacie privée de l'extérieur			

**Tableau A.6**  
**UTILISATION À TITRE D'EXEMPLE DU TOTAL DES RECETTES ANNUELLES PROVENANT DES PAIEMENTS**  
**POUR LES DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT DANS LES HÔPITAUX, LES CENTRES DE SANTÉ ET**  
**LES POSTES DE SANTÉ À L'EXTÉRIEUR DE BANGUI : OPTION PAIEMENTS FAIBLES**

	<b>FORMATIONS SANITAIRES</b>							
	Formation de 100 lits - population de 10 000 pour consultations externes		Formation de 60 lits - population de 5 000 pour consultations externes		Formation de 10 lits - population de 5 000 pour consultations externes		Postes de santé : pas de lits - population de 1 000 pour consultations externes	
	Recettes (FCFA)	Octroi (%)	Recettes (FCFA)	Octroi (%)	Recettes (FCFA)	Octroi (%)	Recettes (FCFA)	Octroi (%)
<b>SOURCE DE RECETTES DES PAIEMENTS</b>								
<b>Consultations externes</b>								
Médicaments	2 665 164		1 332 592		1 332 582		266 516	
Services	800 000		400 000		400 000		80 000	
<b>Soins hospitaliers</b>								
Médicaments	41 062 500		20 531 250		4 106 250		NA	
Services	15 004 088		7 738 813		1 778 500		NA	
<b>TOTAL RECETTES ANNUELLES DES PAIEMENTS</b>	<b>59 531 732</b>		<b>30 002 644</b>		<b>7 617 332</b>		<b>346 516</b>	
<b>EMPLOI DES RECETTES</b>								
Réapprovisionnement médicaments	38 043 067	87 %	19 021 534	87 %	4 731 784	87 %	231 869	87 %
Solde après réapprovisionnement	21 488 665		10 981 111		2 885 548		114 647	
<b>AFFECTATION RESTANTE</b>								
Administration pharmacie	1 074 433	5 %	549 056	5 %	144 277	5 %	80 253	70 %
Anesthésiques (gaz médicaux)	4 297 733	20 %	2 196 222	20 %	577 110	20 %	0	0 %
Fourn. & éqipt médical, de laborat.	4 297 733	20 %	2 196 222	20 %	577 110	20 %	0	0 %
Prime de performance du personnel	7 521 033	35 %	3 843 389	35 %	1 009 942	35 %	28 662	25 %
Entretien, nettoyage	1 074 433	5 %	549 056	5 %	144 277	5 %	5 732	5 %
Fournitures de bureau	1 074 433	5 %	549 056	5 %	144 277	5 %	0	0 %
Services, transport	1 074 433	5 %	549 056	5 %	144 277	5 %	0	0 %
Fonds de réserve pour admin. diverse	1 074 433	5 %	549 056	5 %	144 277	5 %	0	0 %
Amortissement	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
<b>TOTAL DÉPENSES DES RECETTES</b>	<b>59 531 732</b>		<b>30 002 844</b>		<b>7 617 332</b>		<b>346 516</b>	
* On suppose que les formations sanitaires ont un taux d'occupation de 60 %. NA = Non applicable								

**Tableau A.7**  
**UTILISATION À TITRE D'EXEMPLE DU TOTAL DES RECETTES ANNUELLES PROVENANT DES PAIEMENTS**  
**POUR LES DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT DANS LES HÔPITAUX, LES CENTRES DE SANTÉ ET**  
**LES POSTES DE SANTÉ À L'EXTÉRIEUR DE BANGUI : OPTION PAIEMENTS ÉLEVÉS**

	FORMATIONS SANITAIRES							
	Formation de 100 lits - population de 10 000 pour consultations externes		Formation de 60 lits - population de 5 000 pour consultations externes		Formation de 10 lits - population de 5 000 pour consultations externes		Postes de santé : pas de lits—population de 1 000 pour consultations externes	
	Recettes (FCFA)	Octroi (%)	Recettes (FCFA)	Octroi (%)	Recettes (FCFA)	Octroi (%)	Recettes (FCFA)	Octroi (%)
<b>SOURCE DE RECETTES DES PAIEMENTS</b>								
<b>Consultations externes</b>								
Médicaments	2 665 164		1 332 582		1 332 582		266 516	
Services	4 000 000		2 000 000		2 000 000		400 000	
<b>Soins hospitaliers</b>								
Médicaments	41 062 500		20 531 250		4 106 250		NA	
Services	26 965 200		14 010 915		3 362 125		NA	
<b>TOTAL RECETTES ANNUELLES DES PAIEMENTS</b>	<b>74 692 864</b>		<b>37 874 744</b>		<b>10 800 957</b>		<b>666 516</b>	
<b>EMPLOI DES RECETTES</b>								
Réapprovisionnement médicaments	38 043 067	87 %	19 021 534	87 %	4 731 784	87 %	231 869	87 %
Solde après réapprovisionnement	36 649 796		18 853 211		6 069 173		434 647	
<b>AFFECTATION DU SOLDE</b>								
Administration pharmacie	1 832 490	5 %	942 661	5 %	303 459	5 %	304 253	70 %
Anesthésiques (gaz médicaux)	7 329 959	20 %	3 770 642	20 %	1 213 835	20 %	0	0 %
Fourn. & éqipt médical, de laborat.	7 329 959	20 %	3 770 642	20 %	1 213 835	20 %	0	0 %
Primes de performance du personnel	12 827 429	35 %	6 598 624	35 %	2 124 211	35 %	108 662	25 %
Entretien, nettoyage	1 832 490	5 %	942 661	5 %	303 459	5 %	21 732	5 %
Fournitures de bureau	1 832 490	5 %	942 661	5 %	303 459	5 %	0	0 %
Services, transport	1 832 490	5 %	942 661	5 %	303 459	5 %	0	0 %

*(continué)*

Tableau A.7  
**UTILISATION À TITRE D'EXEMPLE DU TOTAL DES RECETTES ANNUELLES PROVENANT DES PAIEMENTS  
 POUR LES DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT DANS LES HÔPITAUX, LES CENTRES DE SANTÉ ET  
 LES POSTES DE SANTÉ À L'EXTÉRIEUR DE BANGUI : OPTION PAIEMENTS ÉLEVÉS**

	<b>FORMATIONS SANITAIRES</b>							
	Formation de 100 lits - population de 10 000 pour consultations externes		Formation de 60 lits - population de 5 000 pour consultations externes		Formation de 10 lits - population de 5 000 pour consultations externes		Postes de santé : pas de lits—population de 1 000 pour consultations externes	
	Recettes (FCFA)	Octroi (%)	Recettes (FCFA)	Octroi (%)	Recettes (FCFA)	Octroi (%)	Recettes (FCFA)	Octroi (%)
Fonds de réserve pour admin. diverse	1 832 490	5 %	942 661	5 %	303 459	5 %	0	0 %
Amortissement	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
<b>TOTAL DÉPENSES DES RECETTES</b>	<b>74 692 864</b>		<b>37 874 744</b>		<b>10 800 957</b>		<b>666 516</b>	

\* On suppose que les formations sanitaires ont un taux d'occupation de 60 %.

**Tableau A.8**  
**PAIEMENTS ET RECETTES ANNUELS ESTIMÉS DANS LES HÔPITAUX DE BANGUI**  
**DANS LE CADRE DES OPTIONS PAIEMENTS FAIBLES ET PAIEMENTS ÉLEVÉS : EXEMPLE CNHUB**  
**MONTANTS EN FCFA**

CATÉGORIES DE PAIEMENTS	OPTION PAIEMENTS FAIBLES		OPTION PAIEMENTS ÉLEVÉS	
	PAIEMENTS	RECETTES	PAIEMENTS	RECETTES
<b>A. MÉDICAMENTS</b>				
1) Marge bénéficiaire médicaments en consultations externes, recettes totales	300% en plus du prix d'origine	5 412 614	300 % en plus du prix d'origine	5 412 614
Montant nécessaire pour couvrir le coût de remplacement	87 % du prix final	4 708 974	87 % du prix final	4 708 974
Total partiel recettes consultations externes	13 % du prix final	703 640	13 % du prix final	703 640
2) Marge bénéficiaire médicaments en soins hospitaliers, recettes totales	300 % en plus du prix d'origine	221 625 000	300 % en plus du prix d'origine	221 625 000
Montant nécessaire pour couvrir le coût de remplacement	87 % du prix final	192 813 750	87 % du prix final	192 813 750
Total partie recettes soins hospitaliers	13 % du prix final	28 811 250	13 % du prix final	28 811 250
3) RECETTES NETTES DES MÉDICAMENTS POUR LA FORMATION SANITAIRE	13 % du prix final	29 514 890	13 % du prix final	29 514 890
<b>B. SERVICES</b>				
1) Consultations externes et admissions				
Spécialiste, professeur	1000	4 061 750	1500	6 092 625
Généraliste	500	4 061 750	1000	8 123 600
TSS	250	1 015 438	150	2 030 875
TOTAL PARTIEL		9 138 938		16 247 000
2) Actes et procédures				
Petite chirurgie en consultation externe	1000	8 370 000	1500	12 555 000
Accouchement	1000	2 723 000	1500	4 084 500
TOTAL PARTIEL		11 093 000		16 639 500
3) Soins hospitaliers (Chirurgie, ob/gyn., médecine générale)				
Chambre privée par jour	3000	17 518 500	4000	23 358 000
Chambre semi-privée/jour	2500	43 796 250	3000	52 555 500
Salle d'hôpital/jour	1500	140 148 000	2000	186 864 000
TOTAL PARTIEL		201 462 750		262 777 500
<b>TOTAL RECETTES DE SERVICES</b>		221 694 688		295 664 000
<b>TOTAL RECETTES</b>		448 732 301		522 701 614
<b>DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT DEVANT ÊTRE RECOUVRÉES PAR LES RECETTES DES PAIEMENTS</b>				
Dépenses hors salaires, hors médicaments (1990)		210 000 000		210 000 000

Tableau A.9  
**UTILISATION À TITRE D'EXEMPLE DES RECETTES ANNUELLES PROVENANT DES PAIEMENTS POUR  
 LES DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT DANS LES HÔPITAUX DE BANGUI : EXEMPLE DU CNHUB  
 DANS LE CADRE DES OPTIONS PAIEMENTS FAIBLES ET PAIEMENTS ÉLEVÉS**

ARTICLES	OPTION FAIBLE		OPTION ÉLEVÉE	
	RECETTES (FCFA)	OCTROI (%)	RECETTES (FCFA)	OCTROI (%)
<b>SOURCES DE RECETTES</b>				
Total médicaments	227 037 614		227 037 614	
Total services	221 694 688		295 664 000	
<b>TOTAL RECETTES ANNUELLES DES PAIEMENTS</b>	<b>448 732 301</b>		<b>522 701 614</b>	
<b>EMPLOI DES RECETTES</b>				
Réapprovisionnement médicaments	197 522 724	87 %	197 522 724	87 %
<b>SOLDE APRÈS RÉAPPROVISIONNEMENT</b>	<b>251 209 577</b>		<b>325 178 890</b>	
<b>AFFECTATION DU SOLDE</b>				
Administration pharmacie, salaires	12 560 479	5 %	16 258 944	5 %
Anesthésiques (gaz médicaux)	50 241 915	20 %	65 035 778	20 %
Fourn. & éqipt médical, de laborat.	50 241 915	20 %	65 035 778	20 %
Primes de performance du personnel	87 923 352	35 %	113 812 611	35 %
Entretien, nettoyage	12 560 479	5 %	16 258 944	5 %
Fournitures de bureau	12 560 479	5 %	16 258 944	5 %
Services, transport	12 560 479	5 %	16 258 944	5 %
Fonds de réserve pour admin. diverse	12 560 479	5 %	16 258 944	5 %
Amortissement	0	0 %	0	0 %
<b>TOTAL DÉPENSES DES RECETTES</b>	<b>448 732 301</b>		<b>522 701 614</b>	

**ANNEXE B**  
**MODIFICATIONS SUR LA STRUCTURE**  
**DE PAIEMENTS PROPOSEE**

## COMPTE RENDU RECAPITULATIF DE L'ATELIER

5-9 AVRIL 1994

Le Ministère de la Santé et de la Population (MS) de la République centrafricaine (RCA) a demandé au Projet de financement et de pérennisation de la santé (HFS) de mettre sur pied une structure proposée de paiement pour un programme national de recouvrement des coûts pour les services de santé publics et d'envoyer une équipe à Bangui pour préparer et participer à un atelier pendant lequel des décisions seront prises sur la structure de paiements et les politiques d'exécution connexes. L'atelier s'est tenu du 5 au 9 avril 1994 et marquait la fin de sept années d'assistance au financement de la santé en RCA de la part de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) et quatre années d'assistance de la part du Projet HFS.

HFS a conçu l'atelier en deux étapes. La première étape, qui s'est tenue du 5 au 7 avril 1994, était une séance de trois jours avec un petit groupe de cadres supérieurs du MS et du Ministère des Finances. La séance en petit groupe a donné aux participants l'occasion de discuter de manière approfondie et de formuler une proposition dans laquelle ils avaient confiance en utilisant comme point de départ la proposition de HFS dont il est question dans le présent rapport.

Voici les objectifs de l'atelier :

- ▲ Arriver à un consensus sur les politiques finales d'un plan complet pour un recouvrement des coûts à l'échelle nationale, pour les services de santé du MS ;
- ▲ Faire les recommandations au Ministère de la Santé concernant une structure de paiements à tous les niveaux du système, sur des prix spécifiques, sur l'utilisation des recettes provenant des paiements et sur le budget public pour la santé ; et
- ▲ Identifier les principales composantes d'une mise en œuvre progressive du nouveau plan devant commencer en juin 1994.

Les participants du petit groupe sont arrivés rapidement à un consensus sur la structure générale des paiements telle que proposée avec plusieurs changements au niveau des détails. Le groupe s'est autant préoccupé du potentiel des recettes et des incitations pour la performance des agents de santé dans le cadre du système proposé que de la capacité de payer chez les patients. L'effet général des changements offerts par le petit groupe consistait à choisir des niveaux de paiement qui étaient plus élevés que ceux de la proposition de HFS mais qui n'entraient pas moins dans la capacité et la volonté de payer de la population pour les services de santé, tel qu'en témoignent les indices recueillis.

La seconde étape de l'atelier, qui s'est tenue du 8 au 9 avril 1994, réunissait 40 personnes représentant le MS et d'autres ministères publics, le Cabinet du Président, le Parlement et des bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux. Lors de cette séance avec le grand groupe, le groupe de travail du MS a présenté ses recommandations détaillées pour un programme complet de recouvrement de coûts et a répondu aux questions. Le groupe plus grand a proposé des modifications et s'est mis d'accord sur les recommandations qui seraient faites au Ministre de la Santé. Le groupe a également cerné divers domaines de débat dont le ministre et d'autres fonctionnaires devaient être au courant en prenant les décisions finales sur le plan des politiques.

Les participants se sont mis d'accord sur la mise en place d'une structure de paiements et de prix allant du recouvrement complet des coûts pour les médicaments à un recouvrement partiel pour les consultations et les services hospitaliers. Les recommandations traitaient des frais pour tous les médicaments (consultations externes et hospitalisations) et les contraceptifs, des frais supplémentaires de consultations pour couvrir le coût des vaccins, les consultations externes et la petite chirurgie, le séjour hospitalier, l'accouchement et les services de laboratoire ainsi que de radiographie dans les établissements nationaux. Lors de l'atelier, on s'est également mis d'accord sur l'utilisation des recettes pour le réapprovisionnement en médicaments, pour l'achat d'autres fournitures médicales nécessaires et pour les améliorations de qualité ainsi que pour les incitations qui seraient offertes pour la performance du personnel.

Les participants ont également pris des décisions concernant les grandes lignes d'une stratégie d'exécution en étapes qui comportait des priorités immédiates pour la mise en place d'un mécanisme d'achat et de distribution de médicaments génériques essentiels de sorte à ce qu'ils soient disponibles dans tous les établissements publics du MS. La stratégie d'exécution a également porté sur la rédaction et l'approbation de réglementation d'exécution, une campagne d'information pour le personnel de santé, des organisations publiques et privées et le grand public ainsi que la mise en place des systèmes nécessaires de supervision, de suivi, de formation et de gestion financière.

Les participants à l'atelier ont également débattu de la réduction des subventions de l'Etat pour les coûts de santé des fonctionnaires, appliquant un maximum-plafond aux dépenses médicales "catastrophiques" et utilisant les systèmes informels et gouvernementaux pour aider les indigents. Les domaines les plus controversés concernaient les différentes méthodes de payer pour les vaccins, les contraceptifs, les services hospitaliers et les soins aux indigents. De plus, les participants ont longuement discuté de la mise en œuvre progressive—se demandant surtout si les nouvelles politiques devaient d'abord être essayées à Bangui, à l'extérieur de Bangui ou simultanément dans toutes les parties du pays.

Les comptes rendus de l'atelier plus grand ont été diffusés à la radio et à la télévision nationales. Le dernier jour de la séance avec le grand groupe, un représentant personnel du Président Patassé a fait un discours témoignant du soutien de l'Etat face au recouvrement des coûts. Il a rappelé aux participants que le Président Patassé avait été Ministre de la Santé pendant les années 70, qu'il était fortement intéressé par les services de santé du pays, qu'il était extrêmement critique à l'égard de la corruption qui avait eu lieu dans le cadre du système des cartes de santé qui avait été abandonné au milieu des années 70 et qu'il pensait qu'un des grands défauts du système national des cartes de santé avait été le fait que les recettes provenant de la vente de la carte revenaient au Trésor et n'avaient pas été utilisées pour améliorer les services dans les établissements sanitaires. Il a souligné et resouligné que le Président Patassé ne permettrait pas la diversion des recettes, que le recouvrement des coûts ne serait réussi que s'il était mis en œuvre indépendamment du Trésor national et que les recettes des paiements devaient rester au niveau de l'établissement sanitaire où elles seraient utilisées pour améliorer la prestation de services.

## **POINTS SAILLANTS DES DECISIONS PRISES LORS DE L'ATELIER**

### ***CONDITIONS PRÉALABLES À LA MISE EN ŒUVRE***

Le petit groupe a identifié les conditions préalables suivantes nécessaires pour mettre en œuvre un programme national de recouvrement des coûts :

- ▲ Rendre les médicaments essentiels, sous formule générique, disponibles dans tous les établissements sanitaires publics ;
- ▲ Payer régulièrement les salaires de la Fonction publique ;
- ▲ Accorder une autonomie financière partielle aux établissements sanitaires pour leur permettre de garder les recettes qu'ils recouvrent et de décider comment ils dépenseront ces recettes ;
- ▲ Maintenir le niveau actuel du budget de santé de l'Etat ; et
- ▲ Accorder une franchise de droit pour les médicaments génériques.

Le groupe plus grand a convenu que c'était là une liste minimale des conditions préalables nécessaires pour que réussisse le recouvrement des coûts en RCA.

### ***MÉDICAMENTS, VACCINS, CONTRACEPTIFS***

La proposition de HFS recommandait que les patients payent le coût complet des médicaments (consultations externes et hospitalisations) à tous les niveaux du système de santé. La proposition recommandait également de payer pour les vaccins et pour les contraceptifs.

La proposition suggérait que les frais des médicaments soient fixés à un prix égal à trois fois le prix d'achat au point d'origine. En fonction de l'expérience de fonctionnement actuelle en RCA, cette formule pouvait couvrir tous les coûts liés à l'achat, au transport et à la distribution des médicaments et laisserait une petite marge (13 pour 100 du prix de vente final) pour mobiliser les recettes de fonctionnement pour les établissements. Pour garder les frais des vaccinations à un minimum, la proposition recommandait la même formule pour les vaccins que pour les autres produits pharmaceutiques sans frais supplémentaires pour les coûts de la chaîne de froid liés au transport et à l'entreposage des vaccins. Le prix final pour les patients refléterait une somme modeste de subvention croisée interne permettant aux produits pharmaceutiques les moins chers et aux contraceptifs d'être vendus à des prix plus élevés pour permettre aux médicaments plus chers d'être vendus à leur prix d'achat original ou en-dessous.

La proposition recommandait des tarifs uniformes pour les médicaments sur l'ensemble du pays. C'est-à-dire que chaque médicament aurait son prix spécifique dépendant de son coût d'origine mais que ce prix spécifique serait le même partout dans le pays.

### ***Modifications et décisions***

Le petit groupe de travail a adopté, sans la changer, la proposition pour les médicaments, les vaccins et les contraceptifs. Il a clarifié le fait que les médicaments qui seraient disponibles dans le cadre du système de santé publique seraient des médicaments génériques essentiels classifiés comme tels dans le code international. Il a discuté de l'impact possible des frais pour les vaccins sur la couverture vaccinale et a conclu que les tarifs proposés ne freineraient pas l'utilisation en fonction de 1) l'expérience récente montrant que les gens se rendent auprès du secteur privé pour les vaccinations lorsque les vaccins ne sont pas disponibles dans le secteur public et 2) les faits provenant d'une enquête récente faite auprès des ménages en RCA montrant que les gens sont prêts à payer pour les vaccinations.

Le groupe plus grand a apporté un changement important à la proposition pour les médicaments : les vaccins devraient continuer à rester gratuits et une augmentation non spécifiée serait ajoutée au tarif proposé pour les consultations externes afin de couvrir les coûts des vaccins. Le groupe plus grand a également adopté un amendement analogue pour les contraceptifs mais a convenu de demander des paiements à la condition spécifique que le prix final des contraceptifs devait refléter une subvention croisée interne pour faire baisser le prix des méthodes les plus chères.

Un représentant de l'UNICEF et certains membres du personnel du MS se sont opposés à la proposition de faire payer pour les vaccins. Le représentant de l'UNICEF craignait que les frais de vaccinations diminuent l'utilisation et empêche la RCA d'atteindre ses buts en ce qui concerne la couverture vaccinale. Les réponses du MS face à cette préoccupation ont d'abord souligné les résultats et les nombreux faits provenant d'enquêtes récentes ainsi que l'expérience récente au niveau de l'utilisation montrant que les gens en RCA étaient prêts à payer pour les vaccinations. Deuxièmement, le MS a souligné qu'il était souhaitable et nécessaire de diminuer la dépendance face au financement des bailleurs de fonds pour les vaccins, indiquant les faits récents montrant les réductions dans ce financement et l'absence de vaccins. Toutefois, après une longue discussion, le groupe semblait prêt à se mettre d'accord pour adopter la modification du représentant de l'UNICEF.

Le groupe plus grand a également longuement débattu pour savoir s'il fallait faire payer pour des maladies chroniques telles la tuberculose et la lèpre. On est arrivé à aucun accord à ce sujet. Certains membres du groupe soutenaient la distribution gratuite de ces médicaments pour des raisons de santé publique et une autre partie du groupe était en faveur du paiement des patients.

### ***CONSULTATIONS EXTERNES***

La proposition de HFS recommandait que tous les patients payent soit un service de pharmacie (dans les postes de santé), soit les consultations externes pour chaque visite (dans tous les autres établissements sanitaires). Le prix spécifique pouvait varier en fonction du niveau de soins, basé sur le type d'établissement et le personnel de santé prêtant le service. Lorsqu'une petite chirurgie en consultation externe est nécessaire, les patients paieraient pour la chirurgie et non pour la consultation. Les tests de laboratoire et les examens de radiologie seraient fournis gratuitement s'ils sont demandés dans le cadre de la consultation. Les patients paieraient séparément pour les médicaments, outre les tarifs de consultation de services de pharmacie du système de santé.

#### ***Modifications et décisions***

Le petit groupe a fait trois changements à la proposition pour les consultations externes. Les patients paieraient des frais séparés pour les tests de laboratoire et les examens faits dans les établissements à Bangui, par exemple, le Laboratoire national pour la transfusion de sang et le Laboratoire national pour les maladies sexuellement transmissibles. Il a pris cette décision pour être conforme à la législation actuelle voulant que ces centres soient financièrement autonomes.

De plus, le petit groupe a changé les frais de pharmacie au niveau du poste de santé en en faisant des frais de consultation et, partant, décidait donc d'un paiement applicable à toutes les visites, que des médicaments soient prescrits ou non. Le petit groupe a également été d'accord pour dire que les visites prénatales et post-natales seraient payées comme consultations régulières. Il a conclu que le prix dont il avait convenu pour les honoraires de consultation ne serait pas suffisamment élevé pour décourager ces visites.

Enfin, le petit groupe a décidé que les patients ayant besoin de chirurgie dans le cadre de consultations externes paieraient des frais mineurs, *outré* et non à la place des frais de consultation. Il a pris cette décision car deux actions étaient concernées - à savoir, une consultation qui avait lieu en premier, indépendamment de la chirurgie mineure - et pour garantir des recettes supplémentaires à l'établissement.

Le groupe plus grand a fait deux amendements. Premièrement, au lieu de payer des honoraires pour chaque visite, les patients paieraient un tarif par épisode de maladie qui comprendrait la première consultation et un nombre fixe de visites de suivi. Le nombre de visites de suivi gratuites se fonderait sur le protocole de traitement (à savoir la maladie qui est traitée).

Deuxièmement, dans le cas de l'aiguillage du patient d'un praticien à un autre, au sein d'un même établissement et d'un établissement à un autre, les patients paieraient un total égal mais non supérieur au tarif demandé pour le niveau le plus élevé du praticien. Par exemple, dans le cadre de la structure de tarif proposée par le petit groupe, un patient consultant un TSS dans un hôpital à Bangui paierait 500 FCFA et 1000 FCFA s'il voit un médecin généraliste. La proposition ne traitait pas explicitement des cas d'aiguillage. Dans le cas de l'amendement du grand groupe, si un TSS envoie un patient à un généraliste dans un hôpital, le patient paierait 500 FCFA pour la consultation avec le TSS et 500 FCFA de plus pour voir le généraliste vers lequel on l'a aiguillé. Le montant total, 1000 FCFA, serait égal au paiement qu'on lui aurait demandé s'il avait vu de suite le généraliste. Cette décision reflétait le fait que le grand groupe tenait à ce que les recettes soient égales au montant fixé pour le niveau le plus élevé de soins reçus et reconnaisse également les services d'un personnel spécialisé tenant également compte du fait que les patients aiguillés ne doivent pas payer le coût intégral de deux tarifs séparés.

### ***SERVICES HOSPITALIERS***

La proposition de HFS recommandait que tous les patients payent un forfait quotidien pour l'hospitalisation en fonction du type de chambre (privée, semi-privée ou salle) et du niveau de l'établissement. Un tarif séparé ne serait pas demandé pour les services médicaux et les tests mais les patients devraient payer pour les médicaments. Un tarif forfaitaire supplémentaire serait demandé pour l'accouchement pour tenir compte de la pratique bien établie voulant qu'on traite ce service comme une procédure spéciale avec des frais séparés. En effet, l'accouchement est un service que les ménages peuvent prévoir et n'est pas un événement imprévu comme c'est le cas pour les autres admissions hospitalières.

La proposition recommandait que les patients payent des frais d'hospitalisation un peu plus élevés dans les hôpitaux de Bangui que dans les hôpitaux à l'extérieur de Bangui (tant dans les hôpitaux que dans les centres de santé avec lits). Les tarifs hospitaliers de Bangui seraient plus élevés au vu de leur statut de centres d'aiguillage et du niveau de soins plus élevé. Aux termes du même principe, les tarifs dans tous les hôpitaux et les centres de santé à l'extérieur de Bangui seraient les mêmes, partant de l'hypothèse que, pour le moment, la qualité des services fournis est plus ou moins la même dans les centres de santé et les hôpitaux.

### ***Modifications et décisions***

Le petit groupe a discuté de manière approfondie de la proposition des frais hospitaliers et a fait deux changements. Les participants étaient d'accord pour que les frais hospitaliers à Bangui soient plus élevés que dans les établissements à l'extérieur de Bangui. La plupart des participants ont également convenu que le niveau de soins prêtés actuellement dans les hôpitaux et les centres de santé à l'extérieur de Bangui ne différait pas suffisamment pour justifier un tarif plus élevé pour les soins hospitaliers dans les hôpitaux à l'extérieur de Bangui. Mais, au vu du principe que les hôpitaux régionaux et des préfectures devaient être des établissements d'aiguillage pour les centres de santé, le groupe a décidé de fixer un tarif plus élevé pour les séjours hospitaliers dans les hôpitaux à l'extérieur de Bangui que pour les services dans les centres de santé à l'extérieur de Bangui. Le petit groupe tenait également à vérifier que des recettes suffisantes étaient recouvrées pour apporter des incitations au personnel des hôpitaux à l'extérieur de Bangui dont certains ont des spécialistes d'un niveau plus élevé.

Deuxièmement, le petit groupe a décidé qu'un montant maximum, ou plafond, devait être fixé pour l'hospitalisation par chaque établissement pour projeter les patients des coûts élevés d'un séjour hospitalier prolongé suite à une maladie catastrophique. Il a décidé de fixer le plafond par la suite.

Le grand groupe s'est montré d'accord avec les recommandations du petit groupe mais a longuement discuté de la proposition de faire payer pour l'hospitalisation sur la base par maladie ou par diagnostic avec des tarifs plus élevés pour des cas plus complexes. Aucun consensus n'a pu être adopté et la question a été votée. Une majorité a voté pour adopter la proposition du petit groupe et a opté pour le paiement forfaitaire quotidien, variant uniquement en fonction du type de chambre.

Le grand groupe s'est montré de suite d'accord que, quel que soit le système de paiement, les patients devaient payer séparément pour les médicaments et que les prix pour les médicaments, lors d'hospitalisations, devaient être fixés pour recouvrer leur coût entier.

### ***INDIGENTS***

Suivant les nombreux conseils donnés par les praticiens lors d'un examen de terrain MS-HFS fait à la fin de 1993, la proposition recommandait qu'aucun changement ne soit fait dans le court terme aux systèmes formels et informels actuels pour les indigents tant qu'on ne disposait pas d'une certaine expérience de fonctionnement avec le nouveau système de recouvrement des coûts. La proposition soulignait la recommandation selon laquelle tous les patients devaient payer les tarifs demandés et que les autres (par exemple, un parent ou un voisin ou les programmes d'assistance sociale du gouvernement) devaient faire le paiement au nom des indigents.

### *Modifications et décisions*

Le petit groupe a convenu de la proposition mais a modifié le principe voulant qu'on cherche un paiement pour tous les indigents, surtout pour le séjour hospitalier ou les cas d'urgence. Le petit groupe a convenu qu'il fallait continuer la pratique actuelle voulant que le médecin ou l'agent de santé soit responsable de déterminer qui est indigent et quels seraient les paiements subventionnés avec les fonds provenant des recettes générales de l'établissement. Il a également été d'accord pour dire qu'il fallait suivre les statistiques et évaluer le pourcentage de patients qui présentent les conditions requises pour recevoir des soins gratuits.

Dans le groupe plus grand, plusieurs participants se sont montrés préoccupés par la capacité des gens pour payer pour les services de santé en général. D'autres ont cité les difficultés à traiter les sans abri et d'autres indigents à Bangui qui ont besoin de soins d'urgence, surtout des soins hospitaliers, mais pour lesquels il n'y a pas de membre familial ou communautaire qui puisse payer. D'autres participants ont maintenu que c'était là des situations d'exception, que la solidarité familiale et collective était répandue en RCA, que les "soins gratuits" étaient un concept colonial et que les gens abusaient des politiques d'exemption.

A la fin, le grand groupe a convenu de la proposition du petit groupe voulant qu'aucun changement officiel ne soit porté au système actuel. Dans le court terme, il valait mieux que le personnel médical des établissements prenne les décisions quant à la manière de subventionner ou de recevoir un paiement pour les soins dispensés aux indigents.

### **FONCTIONNAIRES**

La proposition recommandait que les subventions actuelles pour les fonctionnaires soient diminuées ou éliminées puisque (du moment qu'ils sont payés régulièrement) les fonctionnaires sont parmi ceux qui peuvent le mieux payer pour les services de santé.

### *Modifications et décisions*

Le petit groupe a modifié de deux manières la proposition. Il a décidé que les fonctionnaires paieraient le tarif intégral au moment du service comme tout le monde mais pouvaient se faire rembourser à 80 pour 100 par le gouvernement. Cette décision représentait un compromis pour tenir compte du souhait de maintenir les avantages pour les fonctionnaires mais de vérifier que les établissements allaient effectivement être payés intégralement pour les services fournis. Le petit groupe pensait que les fonctionnaires seraient mieux à même d'influencer le gouvernement pour les rembourser que pour rembourser les établissements sanitaires.

Le petit groupe a également décidé qu'une exception à la règle générale voulant que les fonctionnaires payent 100 pour 100 du tarif au moment du service serait faite pour les employés du MS et leurs familles. Il a décidé que les employés du MS ne devaient pas payer pour les consultations et l'hospitalisation en vertu du principe que les employés d'autres services publics reçoivent de tels services gratuitement, par exemple, les employés de la compagnie de téléphone ne payaient pas pour leur service de téléphone. Le petit groupe a convenu que les employés du MS devaient payer pour les médicaments. Après en avoir longuement débattu, le petit groupe est également arrivé à un consensus voulant que tous les employés du MS seraient exonérés de payer, pas simplement ceux travaillant dans les établissements sanitaires, et que la définition de "famille" se limiterait à l'épouse/époux et aux enfants. Le petit groupe a également convenu de ce qu'il fallait suivre cette prestation pour voir combien de recettes étaient perdues suite à cette exemption.

Le grand groupe a convenu des recommandations du petit groupe mais non avant d'avoir spécifié qu'il fallait suivre de près l'utilisation, par les employés du MS, pour éviter tout abus et mesurer l'impact financier de leurs soins sur le système sanitaire.

### ***ETRANGERS***

La pratique actuelle en RCA veut que les étrangers payent un montant quotidien plus élevé que les ressortissants du pays pour les séjours hospitaliers dans les hôpitaux ou les centres de santé. La proposition de HFS annulait cette distinction, recommandant que les étrangers payent le même tarif que les ressortissants nationaux puisque ni les services ni les chambres n'étaient différents.

#### ***Modifications et décisions***

Le petit groupe a décidé de maintenir la pratique actuelle et de demander aux étrangers de payer le double du tarif que payent les ressortissants nationaux pour les séjours hospitaliers. Le groupe plus grand n'a pas eu le temps de discuter de cette disposition.

### ***UTILISATION DES RECETTES***

La proposition de HFS recommandait de garder les recettes au niveau des établissements sanitaires plutôt que de les transférer au Trésor et d'utiliser d'abord les recettes pour réapprovisionner les pharmacies et maintenir le système d'approvisionnement et de distribution des médicaments. Après le réapprovisionnement en médicaments, le solde des recettes serait utilisé pour payer pour les améliorations de la qualité, par exemple, achat de fournitures médicales fongibles, mise en place de primes pour le personnel en vue d'une bonne performance et autres améliorations associées le plus à la qualité des soins telle que perçue par les patients (par exemple, transport pour les équipes de vaccination mobiles et entretien des locaux).

#### ***Modifications et décisions***

Le petit groupe a convenu de la proposition, y compris la disposition voulant que les fonds devant être distribués au personnel soient réunis et octroyés en fonction d'un critère qui reflète les qualifications et la performance des individus plutôt que de revenir aux personnes qui ont fourni le service. Après en avoir longuement discuté, ils se sont également mis d'accord sur le fait que le personnel non médical des établissements sanitaires devait également être inclus dans le pool des primes. Les comités de gestion sanitaire dans les centres et postes de santé et les Conseils d'administration des hôpitaux seraient responsables de déterminer les critères de distribution des recettes, y compris la proportion appropriée pour le pool des primes du personnel et les récompenses individuelles pour le personnel. Ces comités seraient également responsables de suivre la mise en œuvre du système de recouvrement des coûts et des dépenses.

Suite aux contraintes de temps, le groupe plus grand n'a pas discuté de l'utilisation des recettes.

### ***STRATÉGIE DE MISE EN ŒUVRE***

La proposition de HFS esquissait les étapes et les phases de la mise en œuvre. Elle accordait une priorité immédiate au système d'achat et de distribution de médicaments devant être en place lorsqu'on introduirait le nouveau système de recouvrement des coûts. Elle recommande également que la stratégie de mise en œuvre du MS comprenne des plans pour 1) des systèmes d'évaluation et de suivi pour évaluer l'impact du programme de recouvrement sur les recettes, les améliorations de qualité, les dépenses des ménages et les indigents ; 2) des moyens pour identifier les coûts des améliorations souhaitées au niveau de la qualité dans les établissements sanitaires ; 3) des plans futurs pour un système limité de subvention pour les indigents et autres cas spéciaux ; 4) des moyens pour une souplesse locale au-delà des normes nationales ; 5) des systèmes pour changer les tarifs et l'octroi des recettes en fonction de l'expérience et 6) des efforts complémentaires pour payer régulièrement les salaires des agents de santé.

La présentation de HFS au petit groupe suggérait également de nombreux domaines spécifiques où des actions seraient nécessaires, par exemple, des plans d'information à propos du nouveau système pour les agents de santé, d'autres organisations publiques, des organisations privées et le public ; la formation des agents de santé et des comités de gestion et la conception de systèmes et de manuels de gestion financière pour le nouveau système.

#### ***Modifications et décisions***

Le petit groupe a convenu de la proposition et a élaboré la stratégie suivante :

- ▲ Faire les changements législatifs et réglementaires nécessaires en accordant une attention spéciale pour fournir à tous les établissements sanitaires une autonomie financière partielle de sorte à ce qu'ils puissent garder et dépenser comme ils le désirent des recettes provenant des paiements de leurs utilisateurs.
- ▲ Placer une haute priorité à l'établissement aussi rapidement que possible d'un système de distribution de médicaments génériques qui fonctionne bien.
- ▲ Mettre en place le système de recouvrement des coûts, d'abord dans les établissements sanitaires qui ont le plus d'expérience en ce qui concerne l'adoption d'un système de paiement, le recouvrement et la gestion des recettes, par exemple, tous les établissements sanitaires de Bangui et dans les régions où existe déjà le recouvrement des coûts.

Le petit groupe a également identifié les étapes suivantes, sans qu'il y ait un ordre d'importance particulier, qu'il pensait nécessaires et qu'il fallait entreprendre simultanément en fonction des ressources disponibles :

- ▲ Faire des campagnes de sensibilisation visant le grand public et ciblant le personnel de santé.
- ▲ Définir des indicateurs de supervision et de suivi et mettre en place les systèmes de suivi et de supervision.

- ▲ Modifier les procédures et pratiques aux endroits où existe actuellement le recouvrement des coûts pour refléter le système national avec des changements introduits progressivement pour harmoniser les politiques nationales et éviter d'interrompre les opérations dans les établissements sanitaires.
- ▲ Créer une cellule de coordination et de suivi chargée du plan d'exécution. Ce groupe serait composé du personnel du Ministère de la Santé et répondrait aux directives d'un haut fonctionnaire du MS.

Le groupe plus grand a longuement débattu de la recommandation du petit groupe visant à commencer de mettre en œuvre la politique à Bangui. Plusieurs participants pensaient qu'il fallait, dès le départ, la mettre en œuvre à l'échelle nationale, indiquant que toute la population était prête pour le recouvrement des coûts. Tous ont reconnu que l'exécution dépendrait des ressources disponibles et des outils dont on disposait. Certains participants étaient d'accord avec les recommandations du petit groupe ciblant en premier Bangui vu sa proximité et les activités existantes de recouvrement des coûts (dans les hôpitaux et dans les laboratoires nationaux). D'autres ont dit qu'il existait de meilleures chances de réussite sur le terrain. On est arrivé à aucun accord.

Le groupe plus grand a suggéré que les modules de gestion et de formation mis au point par l'UNICEF dans le cadre de l'Initiative de Bamako devaient être modifiés ou adoptés pour le recouvrement des coûts dans les centres de santé. On a été d'accord pour dire que la formation du personnel était un élément pivot de la réussite du plan d'exécution.

## **ANNEXE C**

**DECRETS PRESIDENTIELS REGLEMENTANT  
LES TARIFS DE SERVICES FOURNIS PAR LES  
ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE  
EN REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE**

